

Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht: ☐ m ☐ w,	Geburtsname
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	Geburtsort
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlich)	
E-Mail	Beruf	

Name der Krankenkasse / Versicherung

- ☐ Gesetzlich versichert
☐ Privat versichert
☐ Beihilfeberechtigt
☐ Zahn-Zusatzversicherung vorhanden

Überweisender Arzt - Name, ggf. Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, ggf. Adresse, Telefon

Zahnarzt - Name, ggf. Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum	Erziehungsberechtigter
-------	------------------------

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	☐ Ja ☐ Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	☐ Ja ☐ Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	☐ Ja ☐ Nein	
Herzerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Herzoperation	☐ Ja ☐ Nein	
Herzschritmacher	☐ Ja ☐ Nein	

ebenmass

Infektionserkrankungen:

HIV

☐ Ja ☐ Nein

Hepatitis

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, ☐ A ☐ B ☐ C ☐ andere

Tuberkulose

☐ Ja ☐ Nein

andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika

☐ Ja ☐ Nein

Schmerzmittel

☐ Ja ☐ Nein

Antibiotika

☐ Ja ☐ Nein

andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen

☐ Ja ☐ Nein

Asthma

☐ Ja ☐ Nein

Lungenerkrankung

☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenerkrankung

☐ Ja ☐ Nein

Rheuma

☐ Ja ☐ Nein

Epilepsie

☐ Ja ☐ Nein

Diabetes

☐ Ja ☐ Nein

Nierenfunktionsstörungen

☐ Ja ☐ Nein

Ohnmachtsneigung

☐ Ja ☐ Nein

andere:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum

☐ Ja ☐ Nein

Alkoholgenuss

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, ☐ selten ☐ oft ☐ regelmäßig

Raucher

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, ☐ 0-10 ☐ über 10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, seit wann / Name:

Medikamentenplan vorhanden?

Frühere Röntgenuntersuchung

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere

Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

- ☐ Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i. V. mit dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten durch die Praxis stimme ich zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Merkblatt „Information zur Erhebung personenbezogener Daten“ habe ich zur Kenntnis genommen, es liegt im Wartezimmer aus.
- ☐ Neben der Berichterstattung an den überweisenden Arzt stimme ich auch der Berichterstattung an meinen Hausarzt zu.
- ☐ Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- ☐ Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter