



Patienten-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus. Vielen Dank.

Patient

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Nachname, Vorname		geboren am	Geschlecht
<input type="text"/>			
Straße, Hausnummer			
<input type="text"/>			
Postleitzahl, Ort			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	mobil	geschäftlich	
<input type="text"/>			
E-Mail			
<input type="text"/>			

Krankenkasse / Versicherung

<input type="text"/>			
Name der Krankenkasse			
Versicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Vollversicherung	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung
		<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basistarif

Hausarzt

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name		Telefon
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>		

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

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)		geboren am
<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer		
<input type="text"/>		
Postleitzahl, Ort		
<input type="text"/>		

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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Erziehungsberechtigter

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

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen		Zusätzliche Informationen
	Ja	Nein	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:			
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionserkrankungen:			
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien / Unverträglichkeiten:			
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Erkrankungen:			
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere:			
Allgemeine Angaben:			
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Allgemeine Fragen

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wie können wir Ihren Besuch in unserer Praxis angenehm gestalten?

Was ist Ihnen besonders wichtig, wenn es um Ihre Zähne geht?

Zu welchen Punkten wünschen Sie weitere Informationen:

- Zähne erhalten
- zahnfarbenen Zahnersatz
- schonende Zahnaufhellung
- moderne Zahnimplantate
- Professionelle Zahnreinigung
- Mundhygiene bei Kindern
- Zahnfleischproblemen
- Schmerzfreie Zahnwurzelbehandlungen
- Angst vorm Zahnarztbesuch

Wichtige Information:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift