Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)



Lieber Patient, jede nachfolgende Frage dient dem Ziel, Risikofaktoren zu erkennen und zu verhindern sowie evtl. auftretenden Komplikationen möglichst wirkungsvoll entgegentreten zu können.

Die schriftliche Erhebung verhindert das "unerwünschte Mithören" anderer Patienten und gibt Ihnen die Möglich–keit, alle vertraulichen Informationen wahrheitsgemäß und in Ruhe zu übermitteln.

Sollten Sie mit mir - Ihrem Zahnarzt - auch bezüglich der nachfolgenden Fragen ein 4-Augen-Gespräch wünschen, zögern Sie nicht, dies durch ein entsprechendes Kreuzchen mitzuteilen.

| Nachname, Vorname (Patient) | GebDatum, Geschlecht | | |
|--|--|--|--|
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort | | |
| Mobilnummer (Wird nur für Termin-Erinnerungen genutzt) | Telefon | | |
| E-Mail | Beruf | | |
| Name der Krankenkasse / Versicherung | | | |
| ☐ Gesetzlich versichert | ☐ Privat versichert - im Basistarif | | |
| ☐ Beihilfeberechtigt | ☐ Privat versicher - nicht im Basistarif | | |
| Überweisender Arzt (Name, Adresse, Telefon) | | | |
| Hausarzt (Name, Adresse, Telefon) | | | |
| Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) | bitte die folgenden Angaben ergänzen GebDatum, | | |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort | | |
| Einverständniserklärung bei der Behandlung Minder Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollende die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigte | rt, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) | | |
| Datum Name Erziehungsberech | ntigter Unterschrift | | |
| Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihren | n Gesundheitszustand so genau wie möglich: | | |
| Traten bei früheren Zahnbehandlungen Komplikatione | n auf? | | |
| Leiden Sie nach Zahnentfernungen an verstärktem Nac | | | |
| • | chbluten? 🗆 Ja 🗆 Nein | | |

| Befinden Sie sich derzeit in Behandlung eines Arztes? | | □ Ja □ Nein |
|--|-----------------|---------------------------|
| Wenn ja, warum? | | |
| Gesundheitszustand | Bltte 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 | |
| Herzschrittmacher | □ Ja □ Nein | |
| Infektionskrankheiten | | |
| HIV | □ Ja □ Nein | |
| Hepatitis | □ Ja □ Nein | |
| Tuberkolose | □ Ja □ Nein | |
| andere: | | |
| Allergien / Unverträglichkeiten | □ Ja □ Nein | |
| Lokalanästhetika | □ Ja □ Nein | |
| Schmerzmittel / Medikamente | □ Ja □ Nein | |
| Antibiotika / Penicillin | □ Ja □ Nein | |
| Metalle | □ Ja □ Nein | |
| andere: | | |
| Weitere Erkrankungen | | |
| Blutgerinnungsstörung | □ 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 | |
| Osteoporose | ☐ Ja ☐ Nein | |
| organische Erkrankungen (Leber, Niere, Magen, Darm) | □ Ja □ Nein | |
| Tumor / Krebs (wo, seit wann?) | □ Ja □ Nein | |
| andere: | | |

| □Ja□ |] Nein | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|
| □Ja□ |] Nein | wenn ja, □ selten □ oft □ regelmäßig | | | | |
| □Ja□ |] Nein | Wenn ja, □ 0-10 □ über 10 Zig./Tag | | | | |
| □Ja□ |] Nein | Wenn ja, seit wann, Name | | | | |
| □Ja□ |] Nein | | | | | |
| □Ja□ |] Nein | Wenn ja, Datum / Körperteile | | | | |
| □Ja□ |] Nein | Wenn ja, welcher Monat | | | | |
| Besteht der Wunsch nach einem 4-Augen-Gespräch? Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? | | □ Ja □ Nein | | | | |
| sam? | | | | | | |
| Wichtige Information / Erklärung | | | | | | |
| Alle Angaben 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 auftretende 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. Ich bestätige mit meiner Untersschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. | | | | | | |
| | Ja C | Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein Gespräch? sam? Schweigepflicht und den Inandelt. Der Speicherung alle während des Behand ine einzuhalten oder min is entstehende Kosten in | | | | |

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

Datum