

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort und Geburtsort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Versicherung / Krankenkasse

Name der Privaten Zusatzversicherung bei gesetzlich Versicherten Patienten

Bei Privatversicherten:

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

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

Endokarditisrisiko (Entzündg. Herzinnenhaut) Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

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
Krebserkrankungen Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Kiefergelenksbeschwerden Ja Nein

Allgemeine Angaben:

- Drogenkonsum Ja Nein
Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig
Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag
 Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:
Regelmäßige Medikamente
z. B. Biphosphonate Ja Nein
Antikoagulantien wie z.B. Marcumar,
Pradaxa, Rivaroxaban, Apixaban Ja Nein
Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:
Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:
Recall per Postkarte Ja Nein
Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz: _____

Wie wurden Sie auf unsere
Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

- Hinweis zur Lokalanästhesie, die Reaktionsfähigkeit ist eingeschränkt (im Straßenverkehr, Führen von Maschinen), Reizleitungsstörung bei Berührung des Nervs (Hämatom, längere Taubheit, Dauerschaden), Bissverletzung der Lippe während der betäubten Zeit.
- 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 Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter