

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat/mobil)

geschäftlich

E-Mail

Nachname, Vorname, Geb.-Datum, Wohnort d. Versicherten (Zahlungspflichtigen) bei Minderjährigkeit des Patienten

Name der Versicherung/ Priv. Zusatzversicherung / Krankenkasse

☐ Ich bin Beihilfeberechtigt
(nur für Privatpatienten)

Hausarzt – Name, Telefonnummer

Bonusheft ohne Unterbrechung ___ Jahre rückwirkend abgestempelt **Bonusheft** nicht vorhanden ☐

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

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie unter ☐ Mundgeruch ☐ Zahnfleischbluten ☐ Kopf-/Nackenschmerzen ☐ Metallgeschmack

Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welcher Monat: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (bitte Rückseite benutzen!)

Gesundheitszustand:

Hoher Blutdruck ☐ ja ☐ nein

niedriger Blutdruck ☐ ja ☐ nein

Herzklappenerkrankung/-defekt ☐ ja ☐ nein

Herzerkrankung ☐ ja ☐ nein

Herzoperation ☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein

Infektionskrankheiten:

HIV ☐ ja ☐ nein Hepatitis ☐ ja ☐ nein
Tuberkulose ☐ ja ☐ nein andere: _____

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen ☐ ja ☐ nein Asthma ☐ ja ☐ nein
Diabetes ☐ ja ☐ nein Rheuma ☐ ja ☐ nein
aktueller HbA1c-Wert _____ Lungenerkrankung ☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenerkrankung ☐ ja ☐ nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika ☐ ja ☐ nein Antibiotika ☐ ja ☐ nein
Schmerzmittel ☐ ja ☐ nein Bi-Phosphat-Therapie ☐ ja ☐ nein
(evtl. bei Osteoporose-Patienten)

Hier tragen Sie bitte Ihre Medikamente ein:

Wichtige Informationen:

- * Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.
- * Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen 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 Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum und Unterschrift des Patienten