

PATIENTENFRAGEBOGEN



Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte Seite 1 – 2 vollständig ausfüllen.

.....
Nachname und Vorname (Patient)

.....
Geburtsdatum, Geschlecht: m w

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Telefon privat

.....
Telefon tagsüber

.....
E-Mail-Adresse

.....
Name der Krankenkasse / Zusatzversicherung

.....
Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

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

.....
Nachname und Vorname (Zahlungspflichtiger)

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung eine Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

.....
Datum

.....
Erziehungsberechtigter

Allgemeine Angaben

Raucher

Ja Nein

Regelmäßige Medikamente

Ja Nein Wenn ja, seit wann/

Name:...../

Frühere Röntgenuntersuchung

Ja Nein Wenn ja, Datum/

Schwangerschaft

Ja Nein ungewiss

Wenn ja, **welcher Monat**:.....

Als was arbeiten Sie.....?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Weiterempfohlen durch Bekannte

Internet Flyer

andere

PATIENTENFRAGEBOGEN

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
Herzklappenerkrankung /-defekt Ja Nein
Herzkrankung / Herzinfarkt Ja Nein
Herzschrittmacher / Defibrillator Ja Nein
Endokarditis-Prophylaxe Ja Nein

Nehmen Sie folgende Medikamente:

Falithrom / Marcumar / Plavix / Clexane / ASS oder andere Blutverdünner

Medikamente

Infektionserkrankungen

- HIV Ja Nein
Hepatitis A, B oder C Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Gelbsucht / Leberkrankheiten Ja Nein
andere.....

Medikamente

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
Schlaganfall / Lähmungen Ja Nein
andere.....

Medikamente

Bestehen zurzeit andere Krankheiten?

Wichtige Informationen

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auch von P4-Die Zahnärzte mitgenutzt werden, so lange es der kollegialen Zusammenarbeit dienlich ist.

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 verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder spätestens 24h im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen und verstanden habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger /Erziehungsberechtigter