

## LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

für eine optimal angepasste, zahnärztliche Behandlung benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten, auch einige Informationen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Wir möchten Sie deshalb bitten, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie bei der Beantwortung der Fragen Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung. Mögliche Änderungen während des Behandlungszeitraumes teilen Sie uns bitte rechtzeitig mit. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes behandelt.

### PATIENT/IN

Herr / Frau / Kind

|                  |                      |                        |                      |
|------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| Name             | <input type="text"/> | Vorname                | <input type="text"/> |
| geb.             | <input type="text"/> |                        |                      |
| Straße           | <input type="text"/> | PLZ / Ort              | <input type="text"/> |
| Telefon / privat | <input type="text"/> | Telefon / geschäftlich | <input type="text"/> |
| Telefon / mobil  | <input type="text"/> | E-Mail                 | <input type="text"/> |

### Name der Krankenkasse / Versicherung

|                        |                          |                            |    |                          |      |                          |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| gesetzlich versichert: | <input type="checkbox"/> | Pflichtversicherung        | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
|                        |                          | freiwillig versichert      | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
|                        |                          | Private Zusatzversicherung | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
|                        |                          | Kostenerstattung           | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| privat versichert:     | <input type="checkbox"/> | Standardtarif              | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
|                        |                          | Studentisch versichert     | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
|                        |                          | Beihilfeberechtigt         | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

### VERSICHERTE/R

( sofern diese/r von den Patientendaten abweicht)

|                     |                          |                    |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Name                | <input type="text"/>     | Vorname            | <input type="text"/>     |
| geb.                | <input type="text"/>     |                    |                          |
| Straße              | <input type="text"/>     | PLZ / Ort          | <input type="text"/>     |
| Rechnung an Patient | <input type="checkbox"/> | oder Versicherte/n | <input type="checkbox"/> |

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI DER BEHANDLUNG MINDERJÄHRIGER

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer bei akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

|       |                      |              |                      |
|-------|----------------------|--------------|----------------------|
| Datum | <input type="text"/> | Unterschrift | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|--------------|----------------------|

## FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Haben / Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

|  |    |                          |      |                          |   |    |                          |      |                          |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|---|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Herzerkrankungen                                   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Zustand nach Herzinfarkt                           | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Hoher Blutdruck                         | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck                                | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Ohnmachtsneigung                        | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall                                       | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Blutungsneigung / Bluterkrankung        | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen                             | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankung / Asthma               | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose  | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenkrankung                    | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung / Hepatitis             | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| HIV (Aids)   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Magen- / Darmerkrankung                 | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung                                   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung          | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Krampfanfälle / Epilepsie                          | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Osteoporose                             | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | Glaukom                                 | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen /<br>Bestrahlung / Chemotherapie | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |   |    |                          |      |                          |

Haben / Hatten Sie sonstige Erkrankungen ? Wenn ja, welche ?

ja  nein

Haben Sie Allergien ? Wenn ja, welche ?

ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? Wenn ja, welche ?

ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS) ? Wenn ja, welche ?

ja  nein

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich ? Wenn ja, bei welchen ?

ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich ? Wenn ja, wieviel / welche ?

ja  nein

Rauchen Sie ? Wenn ja wie viele Zigaretten täglich ? \_\_\_\_\_ Zigaretten täglich

ja  nein

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/ Kieferbereich geröntgt worden ?

ja  nein

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger ?

Wenn ja, in welchem Monat ? Im \_\_\_\_\_ Monat

ja  nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden ?

ja  nein

Bitte denken Sie bei jedem Besuch in unserer Praxis an Ihre Krankenversicherungskarte.

Wir arbeiten nach einem Terminsystem. Sollten Sie einen vereinbarten Termin absagen müssen, bitte nur in wirklich dringenden Fällen und mind. 24 Std. vor Behandlungsbeginn, damit wir die für Sie reservierte Behandlungszeit anderen Patienten zu Verfügung stellen können. Andernfalls stellen wir Ihnen daraus entstehende Kosten in Rechnung.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner Daten zu.**

Datum

Unterschrift