

Patienten Fragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns 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.

Ihre Manuela Jacoby

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| _____ Nachname / Vorname (Patient) | _____ Geburtsdatum | () () Geschlecht: m w |
| _____ Straße / Hausnummer | _____ Postleitzahl / Ort | |
| _____ Telefon (privat / mobil) | _____ Telefon (geschäftlich) | |
| _____ E-Mail | _____ Beruf | |

VERSICHERUNG - Name der Krankenkasse / Ihres Hausarztes

| | |
|---|-------|
| Gesetzlich versichert | _____ |
| Privat versichert - nicht im Basistarif | _____ |
| Privat versichert - im Basistarif | _____ |
| Beihilfeberechtigt | _____ |

Sind Sie nicht selbst versichert, dann nennen Sie uns bitte Ihren Hausarzt.

| | | |
|------------------------------|------------------|------------------------------|
| _____ Name des Hausarztes | _____ Telefon | _____ Straße / Hausnummer |
| | | _____ PLZ / Ort |

HAUSARZT - Name / Adresse / Telefon

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

| | |
|---|-----------------------------|
| _____ Nachname / Vorname (Zahlungspflichtiger) | _____ Geburtsdatum |
| _____ Straße / Hausnummer | _____ Postleitzahl / Ort |

Ihr Gesundheitszustand

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 () | _____ |
| Herzrhythmusstörungen / Stent | Ja () Nein () | _____ |
| Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris | Ja () Nein () | _____ |
| Herzinfarkt | Ja () Nein () | _____ |
| Herzoperation | Ja () Nein () | _____ |
| Herzschrittmacher | Ja () Nein () | _____ |

Gesundheitszustand**Bitte ankreuzen****Zusätzliche Informationen****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
 Hämatologische Erkrankungen Ja () Nein ()
 Erkrankungen blutbildender Organe Ja () Nein ()
 Asthma Ja () Nein ()
 Lungenerkrankung Ja () Nein ()
 Schilddrüsenerkrankung Ja () Nein ()
 Rheumatische Arthritis Ja () Nein ()
 Osteoporose Ja () Nein ()
 Mangeldurchblutung des ZNS / Apoplex Ja () Nein ()
 Epilepsie Ja () Nein ()
 Diabetes Ja Nein Typ _____
 Nierenfunktionsstörungen Ja () Nein ()
 Ohnmachtsneigung Ja () Nein ()
 andere: _____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja () Nein ()
 Alkoholgenuss Ja () Nein ()
 Raucher Ja () Nein ()
 Regelmäßige Medikamente Ja () Nein ()

Wenn ja, selten (), oft (), regelmäßig ()
 Wenn ja, 0-10 (), über 10 Zig./Tag ()
 Wenn ja, seit wann?
 Name _____

werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? Ja () Nein ()
 Schwangerschaft Ja () Nein ()

Wenn ja, welcher Monat: _____

Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam? Bewertungsportal (z.B. Jameda)

Empfehlung (), Sonstiges () _____

Hinweise zur Praxisorganisation - Bestellpraxis

Ich möchte ihre Behandlung in Ruhe, ohne Zeitdruck, zu einem festen Zeitpunkt, innerhalb eines bestimmten Zeitraumes durchführen. Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Sollte ein Notfall bei ihn eintreten, rufen Sie uns bitte an, um einen Notfalltermin zu vereinbaren. Bedenken Sie bitte, dass Patienten die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Wichtige Informationen:

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 bemühe mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe,

Datum

Unterschrift Patient und
 Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter