

# Patienten-Fragebogen

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht:  m  w  d

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat/mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf / Arbeitgeber

Name der Krankenkasse / Versicherung **Pflegegrad**

- Gesetzlich versichert     Zusatzversichert     Beihilfeberechtigt  
 Privat versichert - Standardtarif     Privat versichert - Basistarif

Hausarzt - Name, (Adresse, Telefon, wenn bekannt)

**Ich verpflichte mich, eine fehlende Gesundheitskarte (oder vergleichbare Bescheinigung) innerhalb von 10 Tagen nachzureichen, ansonsten bekomme ich eine Privat-Liquidation für die Behandlung.**

-----  
**Unterschrift Patient**

**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)    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ..... |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ..... |
| Herzklappenerkrankung/-defekt   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ..... |
| Herzerkrankung                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ..... |
| Herzoperation                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ..... |
| Herzschrittmacher               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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

Rheuma  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein

Ohnmachtsneigung  Ja  Nein

andere:

---

## Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum  Ja  Nein

Alkoholgenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig

Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag

Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat:

## Regelmäßige Medikamente

Ja  Nein

.....

**Wenn ja, seit wann, Name:**

---

## 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 bin damit einverstanden, dass bei mir die Korrespondenz telefonisch/schriftlich, sowie auch digital (per E-Mail) durchgeführt werden.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag 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.

Ich willige ein, angefertigte Röntgenaufnahmen bei Bedarf an den weiterbehandelnden Zahnarzt/Oralchirurg weiterzuleiten und notwendige Telefonate zu halten.

---

Datum

Unterschrift Patient bzw.  
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter