

# Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail	Ausgeübte Tätigkeit
Name der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung	

Behandelnder Hausarzt - Adresse, Telefon

Behandelnder Zahnarzt - Adresse, Telefon

**Ist Patient nicht volljährig bzw. nicht geschäftsfähig, bitte die folgenden Angaben zum Erziehungsberechtigten bzw. gesetzlichen Vormund/ Betreuer für Gesundheitsorge (Nachweis erforderlich) ergänzen:**

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (privat/mobil)
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, sind für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) sowie die Anfertigung benötigter Röntgenaufnahmen die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig, welche bitte schriftlich beizubringen sind.

Datum	Erziehungsberechtigter/ gesetzlicher Vertreter/ Vormund
-------	---

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

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen:</b>		
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	
Herzkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzoperation , wenn ja wann	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis/ wenn ja welche und wann	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere Infektionserkrankungen:		
<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>		
Auf Lokalanästhetikum, wenn ja welches	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Auf Schmerzmittel, wenn ja welches	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Auf Antibiotikum, wenn ja welches	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**BITTE NÄCHSTE SEITE AUSFÜLLEN**

**Andere Allergien/ Unverträglichkeiten:**

**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 Erkrankungen:**

**Allgemeine Angaben:**

- Angstpatient  Ja  Nein  
Drogenkonsum/ **wenn ja welche**  Ja  Nein  
Alkoholgenuss  Ja  Nein  
Raucher  Ja  Nein  
Regelmäßige Medikamente/ **wenn ja welche**  Ja  Nein

Wenn ja:  gelegentlich  täglich

Wenn ja:  1-10 Zig./Tag  über 10 Zig./Tag

Würgereiz während zahnärztlicher Behandlung  Ja  Nein

Frühere Röntgenuntersuchung  
(nicht älter als 12 Monate)  Ja  Nein

Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft/ **wenn ja welche Woche**  Ja  Nein

**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 verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- **Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Mir ist bewußt, daß mir andernfalls daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden können.**  
**(Lt. §615 BGB können die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden**
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient /Erziehungsberechtigter/ gesetzlicher Vormund