

Zahnarztpraxis am Flüsschen



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 -4 vollständig ausfüllen.

Nachname und Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: O m w O

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon privat

Telefon tagsüber

E-Mail Adresse

Beruf

Name der Versicherung / Krankenkasse

Arbeitgeber

Ich bin im PKV-Basistarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt: Name, Adresse, Telefon

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 (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

PATIENTENFRAGEBOGEN

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Medikamente

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

Infektionserkrankungen

Medikamente

- HIV Ja Nein
- Hepatitis A, B oder C Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- Sonstige Lebererkrankung Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Nehmen Sie ggf. eines der folgenden Medikamente **gegen Osteoporose oder eine andere Erkrankung ein:**

- Didronel®**, **Biphos®**, **Ostac®**, **Bonefos®** **Aredia®** **Fosamax®**
- Actonel®** **Bonviva®** **Bondronat®** **Zometa®** **Aclasta®** **Skelid®**

Oder ein anderes Medikament ein?

Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- Antibiotika Ja Nein
- Latex Ja Nein

Andere

PATIENTENFRAGEBOGEN

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

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheuma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Grauer Star	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Medikamente

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Alkoholgenuss	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, O selten, O oft, O regelmäßig
Raucher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, O 0 – 10, O über 10 Zigaretten
Regelmäßige Medikamente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann /Name:
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, Datum /Körperteile:
Schwangerschaft	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat:

PATIENTENFRAGEBOGEN

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

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über:

-Bleaching / Zahnaufhellung

-Kinderprophylaxe

-Gold- bzw. Keramikinlays

-Professionelle Zahnreinigung / Prophylaxe

-Amalgamaustausch und Alternativen

-Implantate

-Festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz

-Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein wenn Ja, seit wann ?

-Wünschen Sie eine Behandlung ausschließlich in lokaler Betäubung? Ja nur wenn nötig.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

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 mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können (§§ 304,615BGB) die daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient

und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

aktualisiert am:----- aktualisiert am:-----

aktualisiert am:----- aktualisiert am:-----