

## Patienten-Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Er kann uns dabei helfen, Ihnen die Behandlung in unserer Praxis so angenehm wie möglich zu machen, Risiken besser einschätzen zu können und eventuelle Komplikationen von vornherein zu vermeiden. Für Ihre Mitarbeit bedankt sich Ihr Praxisteam!

### Persönliche Daten

Patient: Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Versicherter: Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße, Hausnummer ..... Telefon (privat) ..... Telefon (geschäftlich) .....

Postleitzahl, Ort ..... E-Mail-Adresse ..... Handy .....

Arbeitgeber ..... Beruf .....

Krankenkasse .....

**■ Gesetzliche Krankenversicherung**  
 Freiwillig versichert  
 Private Zahnzusatzversicherung  
 Kostenerstattung

**■ Private Krankenversicherung**  
 Vollversicherung  
 Beihilfeberechtigung  
 Basistarif

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? .....

### Gesundheitsfragen

Haben Sie ein besonderes Anliegen?  Nein  Ja: .....

Leiden Sie an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung?  Nein  Ja: .....

Wurden Sie jemals am Herzen operiert?  Nein  Ja: .....

Leiden Sie an Infektionskrankheiten?  
z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV etc.  Nein  Ja: .....

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?  
z.B. Lokalanästhetika, Antibiotika, Schmerzmittel, Metalle etc.  Nein  Ja: .....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?  Nein  Ja: .....

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?  Nein  Ja: .....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?  Nein  Ja: .....

Leiden Sie an einer oder mehrerer folgender Erkrankungen bzw. Symptome?

<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus („Zucker“)	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Schnarchen
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Morgendlicher Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit
<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/> Schlaf-Apnoe-Syndrom
<input type="checkbox"/> Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/> Sonstiges: .....	

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch? Bitte kreuzen Sie an:  Nein, keine Angst  Ja, panische Angst

### Erklärungen

Ich willige ein, dass ich vom Praxisteam telefonisch, per Kurznachricht auf das Mobiltelefon oder per E-Mail an bevorstehende Termine erinnert werde.

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 zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass die moderne Zahnheilkunde Maßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten bietet, die von Kostenträgern (gesetzliche und private Krankenversicherungen, Beihilfestellen) möglicherweise nicht oder nicht vollständig erstattet werden. Ich erkläre, dass ich eventuell entstehende Zusatzkosten in voller Höhe an die Praxis bezahlen werde. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum ..... Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten .....