

PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(Bitte vollständig ausfüllen)



Dr. Kreyenborg & Dr. Bernick

Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Nachname / Vorname	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum, Geburtsort
--------------------	---	--------------------------

Straße / Nr.	PLZ / Ort
--------------	-----------

Telefon (privat / mobil)	Telefon geschäftlich
--------------------------	----------------------

E-Mail	Beruf
--------	-------

Name der Krankenkasse / Versicherung	
Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Privat versichert - nicht im Basistarif <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname / Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
--	--------------

Straße / Nr.	PLZ / Ort
--------------	-----------

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die 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 Information

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- | | |
|---------------------------------|---|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Herzklappenerkrankung / -defekt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Herzoperation | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Infektionserkrankungen

- | | |
|-------------|---|
| HIV | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| andere: | |

PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(Bitte vollständig ausfüllen)



Dr. Kreyenborg & Dr. Bernick

Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Gesundheitszustand Bitte ankreuzen

Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika nein ja

Schmerzmittel nein ja

Antibiotika nein ja

Metalle nein ja

andere:

Zusätzliche Information

Wenn ja, welche:

Wenn ja, welche:

Wenn ja, welche:

Wenn ja, welche:

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen nein ja

Asthma nein ja

Lungenerkrankungen nein ja

Schilddrüsenerkrankungen nein ja

Rheuma / Arthritis nein ja

Epilepsie nein ja

Diabetes nein ja

Nierenfunktionsstörungen nein ja

Ohnmachtsneigung nein ja

Osteoporose nein ja

andere nein ja

Allgemeine Angaben

Alkoholgenuss nein ja

Raucher nein ja

Drogenkonsum nein ja

Regelmäßige Medikamente nein ja

Wenn ja, selten oft regelmäßig

Wenn ja, 0-10 Zig. / Tag mehr als 10 Zig. / Tag

Frühere Röntgenuntersuchung nein ja

Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft nein ja

Wenn ja, welche Woche:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Möchten Sie unseren **Newsletter** abonnieren?

nein ja

Wenn ja, E-Mail-Adresse:

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, die Praxis umgehend über alle während der 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.

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

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter