

Patienten-Fragebogen

Zahnmedizin · Oralchirurgie
Kieferorthopädie · Meisterlabor



Dr. BÖHM
Dr. DEHNER
& KOLLEGEN
ZAHNÄRZTE

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (privat/mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail	Beruf
Überweisender Arzt / Zahnarzt	Arbeitgeber
Krankenkasse / Versicherung	Hausarzt

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert – im Basistarif |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Privat versichert – nicht im Basistarif |

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:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

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

Dr. Romeo Böhm
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Christian Dehner
Zahnarzt

Dr. Yvonne Reger
Zahnärztin

Dr. Benedikt Schulz
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Holger Miersch
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Bitte wenden!



Infektionserkrankungen:

HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	andere:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	andere:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	andere:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig	
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag	
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann / Name:	

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein Wenn ja, Datum / Körperteile: _____

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat: _____

Ich möchte an meine nächste Kontrolluntersuchung per Brief erinnert werden.

Dieser Dienst ist freiwillig und ich kann ihn jederzeit widerrufen. Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

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

_____ Datum

_____ Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Aktualisierung: _____
