

## Patienten-Fragebogen

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Um die für Ihre Zahnbehandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können und zur Abklärung eventueller Risikofaktoren, bitten wir Sie um die vollständige Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

---

**Nachname, Vorname (Patient)**

**Geburtsdatum, Geschlecht:**  m  w

---

**Straße, Hausnummer**

**Postleitzahl, Ort**

---

**Telefon (privat / mobil)**

**Telefon (geschäftlich)**

---

**E-Mail**

**Beruf/Arbeitgeber**

---

### Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert  
 ---- falls ja, evtl. Zusatzversicherung ja ( ) / nein ( )  
 ---- falls ja, welche:.....
- Privat versichert - nicht im Basistarif
- Privat versichert - im Basistarif
- Beihilfeberechtigt

---

### Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

**Möchten Sie regelmäßig an Kontroll-Untersuchungen bzw. Prophylaxe-Termine erinnert werden? Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.**

- Ja,  per Post  per Telefon  per E-Mail
- Nein

**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:**

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	
Herzinfarkt, Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzrhythmus, Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall, Apoplex	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

---

**Infektionserkrankungen:**

HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis (Typ?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
andere:	

---

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

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

---

**Weitere Erkrankungen:**

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Glaukom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung, COPD	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma, Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nieren-/Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose, Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

andere:

---

**Allgemeine Angaben:**

- Haben Sie Angst v. d. Behandlung  Ja  Nein
- Drogenkonsum  Ja  Nein
- Alkoholgenuss  Ja  Nein
- Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag
- Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Welche:
- 
- Röntgenuntersuchung am Kopf  Ja  Nein Wenn ja, wo:  
im letzten Jahr?
- Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat:
- 

**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 frühzeitig im voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**
  - **Ich erkläre mich damit einverstanden, meine Daten an Dritte weiterzuleiten (Entbindung von der Schweigepflicht für Abrechnungsbüro, korrespondierende Ärzte, Versicherungen, Fremdlabore, KZVB, Krankenkassen). Eine Weiterleitung an unbeteiligte Dritte ist untersagt.**
  - **Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**
- 

**Datum**

**Unterschriften Patient und  
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter**