

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen „Wünsche“ kümmern können, bitten wir sie vorab um einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Gesundheitszustand um sie auch adäquat behandeln zu können.

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w d

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsname

Geburtsort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert

Privat versichert - **nicht** im Standardtarif oder Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen)

Beihilfeberechtigt

Privat versichert im Standard oder Basistarif, Notlagentarif, Studententarif mit maximal 2,0 fachen Gebührensatz

Pflegegrad oder Eingliederungshilfe

1 2 3 4 5

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Hauptversicherter 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 wenden

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Gesundheitszustand **Bitte ankreuzen** Medikamente

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

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

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein
- Hepatitis Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- andere: Ja Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- Antibiotika Ja Nein
- andere: Ja Nein

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Asthma Ja Nein
- Lungenerkrankung (z.B. COPD, Pneumothorax) Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Diabetes Ja Nein HbA1c:
- Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
- Ohnmachtsneigung Ja Nein
- Augen-OP / -Erkrankung (Vitrektomie, grüner Star) Ja Nein
- Adipositas (Fettleibigkeit) Ja Nein

Liegt ein Medikamentenplan vor? Ja Nein

Bitte wenden

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein

Alkoholgenuss Ja Nein

Raucher Ja Nein

Frühere Röntgenuntersuchung Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich Ja Nein

Welche:

Wenn ja, selten oft regelmäßig

Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

wenn ja, Datum :

Einverständnis zur Weitergabe angefertigter Röntgenbilder an den überwiesenen Facharzt Ja Nein

Einverständnis zur konsiliarischen Erörterung mit Fachärzten, Apotheker und Krankenkassenmitarbeitern die aktuelle Behandlung betreffend Ja Nein

Einverständnis zur telefonischen Erinnerung vor längeren Behandlungsterminen Ja Nein

Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den laut § 28 Absatz BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) 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 und meine Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann per Email, Fax oder per Post.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter