

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in der **ZAHNARZTPRAXIS AM MARKT**. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

PERSÖNLICHE DATEN

.....
Vor - und Zuname (Patient/in)

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon Privat

.....
Telefon Mobil / tagsüber

.....
E-Mail Adresse

.....
Beruf

.....
Name der Versicherung / Krankenkasse

- Ich bin im Basistarif versichert (§ 12 VAG)
- Ich bin Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes
- Ich habe eine private Zahnzusatzversicherung

Sind Patient/in und Zahlungspflichtige/r nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

.....
Vor - und Zuname (Zahlungspflichtige/r)

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

Haben Sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des/der Erziehungsberechtigten notwendig:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Bitte beachten Sie die Rückseite →

PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

HERZ-KREISLAUF ERKRANKUNGEN

- Hoher Blutdruck ja / nein
- Herzklappenerkrankungen ja / nein
- Blutgerinnungsstörung ja / nein
- Niedriger Blutdruck ja / nein
- Herzschrittmacher ja / nein
- Andere:

INFEKTIONSKRANKHEITEN

- HIV ja / nein
- Tuberkulose ja / nein
- Hepatitis: A B oder C / nein
- Andere:

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

- Heuschnupfen ja / nein
- Schmerzmittel ja / nein
- Antibiotika ja / nein
- Lokalanästhetika ja / nein
- Andere:
- Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein

WEITERE ERKRANKUNGEN

- Asthma / Lungenerkrankungen ja / nein
- Schilddrüsenerkrankung ja / nein
- Magen-, Darmerkrankung ja / nein
- Nierenfunktionsstörung ja / nein
- Migräne ja / nein
- Rheuma ja / nein
- Epilepsie ja / nein
- Diabetes (Zucker) ja / nein
- Ohnmachtsneigung ja / nein
- Ohrensausen / Tinnitus ja / nein
- Grüner Star ja / nein
- Künstlicher Gelenkersatz ja / nein
- Andere:

ALLGEMEINE ANGABEN

- Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein
- Wenn ja, in welcher Woche?

- Rauchen Sie? ja / nein
- Wenn ja, wie viele Zigaretten / Tag?

- Nehmen Sie regelm. Medikamente? ja / nein
- Wenn ja, welche?

- Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung statt?
Datum:
- Sind Sie akut in ärztlicher Behandlung? ja / nein

- Wer ist Ihr Hausarzt?
.....
Name, Anschrift

WESWEGEN BEGEBEN SIE SICH IN ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG?

- Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja / nein
- Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein
- Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja / nein
- Sonstiges:

- Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?
.....

- Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Termine erinnert werden und wünsche die Teilnahme an einem sog. **Recall**-System. Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen.
 ja / nein

WICHTIGE INFORMATIONEN

Bitte halten Sie vereinbarte Termine ein. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen möglichst **24 Stunden** im Voraus abzusagen, um einen reibungslosen Behandlungsablauf gewährleisten zu können. 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, umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige/r, Erziehungsberechtigte/r