



Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum/Ort, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat/mobil) Telefon (geschäftlich)

Email Beruf

Name der Krankenkasse/Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert-nicht im Basistarif
- Privat versichert-im Basistarif
- Beihilfe berechtigt

Überweisender Arzt-Name, Adresse, Telefon

Hausarzt-Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende 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 Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
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	_____
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

andere

Infektionskrankheiten:

HIV Ja Nein _____
Hepatitis Ja Nein _____
Tuberkulose Ja Nein _____

andere _____

Allergien/Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein _____
Schmerzmittel Ja Nein _____
Penicillin Ja Nein _____
Allergie Pass Ja Nein _____

andere _____

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein _____
Asthma Ja Nein _____
Lungenerkrankung Ja Nein _____
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein _____
Rheuma Ja Nein _____
Osteoporose Ja Nein _____
Epilepsie Ja Nein _____
Diabetes Ja Nein _____
Nierenfunktionsstörung Ja Nein _____
Ohnmachtsneigung Ja Nein _____

andere _____

Allgemeine Angaben:

Schnarchen Sie? Ja Nein
Drogenkonsum Ja Nein
Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja selten oft regelmäßig
Raucher Ja Nein Wenn ja 0-10 über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann/Name: _____

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?

Ja Nein Wenn ja, wann/welches Präparat _____

Früherer Röntgenuntersuchungen Ja Nein Wenn ja, Datum/Körperteil: _____

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat: _____

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 persönlich Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen 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.

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigter _____