



PATIENTEN FRAGEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname / Vorname Geburtsdatum / Ort Geschlecht m w d

Straße / Hausnummer PLZ / Ort

Telefon (privat, mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse, Versicherung

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

Name überweisender Arzt / Adresse / Telefon

Name Hausarzt / Adresse / Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname / Vorname Geburtsdatum / Ort

Straße / Hausnummer PLZ / 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 Patient oder Erziehungsberechtigter

Bitte wenden ▶

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt ja nein
- Herzerkrankungen ja nein
- Herzoperation ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Andere _____

Zusatzinformationen

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
- Raucher ja nein
- Regelmäßige Medikamente ja nein

Wenn ja, selten oft regelmäßig

Wenn ja, 0–10 über 10 pro Tag

Wenn ja, seit wann / Name _____

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

Wenn ja, welches Präparat _____

Frühere 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.

Datum

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter