

Patientenfragebogen

Name, Vorname des Patienten : _____
Geburtsdatum/ Geburtsort : _____
Anschrift : _____
Telefon : _____

privat dienstlich

Beruf/Arbeitgeber : _____

Versicherungsstatus privat versichert gesetzlich versichert
 Basistarif Beihilfe

(Bei Minderjährigen) über wen ist Ihr Kind versichert:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

Das zutreffende bitte ankreuzen.

Herz-/ Kreislaufferkrankungen: ja / nein

Hoher Blutdruck (Hypertonie)
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
Herzklappenfehler
Herzschrittmacher
Endokarditisprophylaxe
Herzoperation

Infektionserkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS
Lebererkrankung / Hepatitis
Tuberkulose
andere Infektionskrankheiten

Wenn ja, welche? _____

Anfallsleiden (Epilepsie)

Asthma/ Lungenerkrankung

Blutgerinnungsstörung

Diabetes/ Zuckerkrankheit

rheumatische Erkrankungen

	ja	nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose - Nehmen Sie Bisphosphonat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung, Über-oder Unterfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen: _____		

Allergien bzw. Unverträglichkeit:

Lokalanästhetikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welcher Monat/Woche: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit: _____

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein

Wenn ja, wann: _____

Wünschen Sie über die Prophylaxe aufgeklärt zu werden? ja nein

Für Ihre Behandlung reservieren wir Ihnen individuelle Termine. Falls Sie diese nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns 24 Stunden vorher zu informieren. Wir behalten uns vor, den Ausfall für nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung zustellen.

Ronnenberg, den..... Unterschrift.....

Möchten Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung (genannt Recall) erinnert werden?

Wenn ja, dann per Anruf Post E-Mail /E-Mail Adresse: _____

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ronnenberg, den..... Unterschrift.....