

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

**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.....**