



## PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

### PATIENT

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  
Straße+Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl+Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### KRANKENKASSE

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  Zusatzversichert  
 vollversichert  Standardtarif (1,7fach)  Anspruch auf Beihilfe

### HAUSARZT

Praxis / Hausarzt - Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

### MITGLIED / ZAHLUNGSPFLICHTIGER (BEI KINDERN - ERZIEHUNGSBERECHTIGTER)

Name, Vorname (Zahlungspflichtiger) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße+Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl+Ort \_\_\_\_\_

### GESUNDHEITZUSTAND

#### HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein  
Herzerkrankung  Ja  Nein  
Herzschrittmacher  Ja  Nein

#### INFEKTIONSERKRANKUNGEN:

HIV  Ja  Nein  
Hepatitis  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
andere: \_\_\_\_\_

#### MEDIKAMENTENALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN: Ja Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
Haben Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein



**WEITERE ERKRANKUNGEN:**

- Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
Asthma  Ja  Nein  
Lungenerkrankung  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein

**ALLGEMEINE ANGABEN:**

- Drogenkonsum  Ja  Nein  
Raucher  Ja  Nein

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein

Wenn ja, welche und seit wann: \_\_\_\_\_

Frühere Röntgenuntersuchung (Kiefer)  Ja  Nein Wenn ja, Datum: \_\_\_\_\_  
*(in den letzten 6 Monaten)*

Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert  Ja  Nein

Professionelle Zahnreinigung: bis zum 18. Lebensjahr Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Ich möchte an die regelmäßige Kontrolle erinnert werden  Ja  Nein  halbjährlich  jährlich  
Die Erinnerung erfolgt schriftlich.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!**

**BITTE BEACHTEN SIE:** Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) Patient (und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter)