

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation einer unserer Zahnärzte aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: w m

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Telefon (geschäftlich)

Beruf

Arbeitgeber

Name der Versicherung / Krankenkasse

Ich bin im PKV-Basistarif versichert
seit dem 01.09.2009

Ich bin beihilfeberechtigt

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden 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

Erziehungsberechtigter

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

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		Medikamente:
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	
Herzerkrankung	<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	
<hr/>		
Infektionserkrankungen:		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere Infektionskrankheit:		
<hr/>		
Allergien / Unverträglichkeiten:		Gegen was?
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere Allergien:		
<hr/>		
Weitere Erkrankungen:		Medikamente:
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere Erkrankungen:		
<hr/>		
Allgemeine Angaben:		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann / Name:
Frühere Röntgenuntersuchung der Zähne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Datum
Sonstige Körperteile:		Wenn ja, Datum

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Wenn ja, Datum

Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Durch Empfehlung **Durch Anzeige im Telefonbuch**

Wichtige Informationen:

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann.

- Für Erwachsenen-Prophylaxetermine die vereinbart wurden und nicht wahrgenommen werden, erheben wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 % des anfallenden Honorars.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ebenso für die Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten für den Zweck der Patienteninformation im Rahmen von Terminerinnerungen.

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).

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sog. Recall-Service an. Sie werden von uns angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie die Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche die Teilnahme an dem Recall-Service:

- 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).

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient/in / Gesetzlicher Vertreter/in

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine vorstehenden Angaben weiterhin zutreffen

Datum

Unterschrift Patient/in / Gesetzlicher Vertreter/in