



Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis für Zahnheilkunde!

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:
Email-Adresse (freiwillige Angabe):	

Telefonnummer

Telefon mobil

Beruf
(freiwillige Angaben)

Arbeitgeber

Telefon geschäftlich

Mitversichert bei: Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer
(falls anders als oben)

PLZ, Ort

Wie sind Sie versichert?

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- Zahnzusatzversicherung
- beihilfeberechtigt
- Basistarif

Name der Krankenkasse/Versicherung

Anmerkung:

Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versicherungskarte nicht bis zum Ende des jeweiligen Quartals vorgelegt wird!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Google
- unsere Homepage
- Facebook, Instagram
- Jameda
- Ich komme auf Empfehlung von _____ (freiwillige Angabe)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Leiden Sie an...?

Bitte ankreuzen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zustand nach Schlaganfall/Embolie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zustand nach Herzinfarkt/Stent | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bypass-Operation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Augenerkrankungen

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Grüner Star/Glaukom | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grauer Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Lungen- und Bronchialerkrankungen

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Magen-/Darmerkrankungen

- Gastritis ja nein
- Reflux-Erkrankung ja nein
- Chronische Darmerkrankung ja nein
- Sonstige Magen-/Darmerkrankung ja nein

Blasen-/Nierenerkrankungen

- Dialyse ja nein
- Sonstige urologische Erkrankungen ja nein

Infektionserkrankungen

- Hepatitis ja ausgeheilt, wann? _____ nein
- HIV/AIDS ja nein
- COVID 19 ja Infektion wann? _____ nein
- COVID 19 Impfung geimpft nicht geimpft

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes ja nein
- Osteoporose ja nein

- Tumorerkrankungen** ja nein

Leiden Sie unter anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wieviel? _____

Konsumieren Sie täglich Alkohol oder Drogen? ja nein

Wenn ja, wieviel? _____

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Traten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie zurzeit schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____

Sind Sie einer Pflegestufe zugeordnet? ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Möchten Sie im Rahmen unserer Serviceleistung kostenlos an Ihren nächsten Kontrolltermin bzw. Prophylaxetermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, Erinnerung bitte per Email (bitte Adresse vorne angeben) Post

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen?
(freiwillige Angabe, bitte den jeweiligen Smiley ankreuzen)



unglücklich



einigermaßen
zufrieden



glücklich

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe die aushängende Verordnung gelesen und erkläre mich mit der entsprechenden Datenverarbeitung einverstanden.
- Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen (Adresse, Krankenkasse, Krankheiten, Medikamente o.ä.) zu informieren.
- Wir bemühen uns, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir alle Patienten, im Falle einer Verhinderung, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht eingehaltene Termine nach §615 BGB in Rechnung zu stellen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift