

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis

Um Ihnen eine optimale medizinische Versorgung während der Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie um Ihre Unterstützung. Um potenzielle gesundheitliche Gefahren auszuschließen, füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus.

Patient: Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

- | | | |
|---------------------|---|------------------------|
| Herz oder Kreislauf | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Lunge (Asthma) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Blut | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Leber | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Gelenke | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |

Ich habe folgende künstliche Gelenkprothesen / Gelenkersatz (Jahresangabe):

Nieren Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Niereninsuffizienz? Falls ja, welcher Grad liegt vor?

Liegt ein Pflegegrad vor? Ja Nein Wenn ja, welcher? _____

Gibt es Einschränkungen der Sehkraft? Ja Nein

Gibt es Einschränkungen der Hörkraft? Ja Nein

Gibt es Einschränkungen der Sprache? Ja Nein

Gibt es Einschränkungen der Motorik? Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals:

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------|---|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Grünen Star | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zucker (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Fallsucht (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Neigen Sie zu Blutungen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Gelbsucht (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Sind Sie HIV-positiv? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Eine Tumorerkrankung / Chemotherapie | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche (Jahresangabe) _____ | | | |

*Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenkassenkarte/GKV Karte nicht zum Termin vorgelegt wird

Sind Sie beim Zahnarzt schon einmal ohnmächtig geworden? Ja Nein
Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen? Ja Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
Leiden Sie unter Rheuma? Ja Nein

Sind Sie aktuell schwanger? Falls ja, welcher Monat liegt vor?

Nein Ja _____

Stehen Sie momentan unter medizinischer Betreuung?

Bitte nennen Sie den Grund und die Einrichtung oder den behandelnden Arzt.

Nein Ja _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen? Bitte spezifizieren Sie Art und Häufigkeit.

Nein Ja _____ Ich rauche _____ Zigaretten/Tag

Mussten Sie innerhalb der letzten 24 Monate ins Krankenhaus? Bitte nennen Sie den Anlass.

Nein Ja _____

Gibt es weitere Erkrankungen, die hier nicht erfasst wurden und über die Sie uns informieren möchten?

Welche sind das?

Nein Ja _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche und wie häufig.

Nein Ja _____

Haben oder hatten Sie Allergien oder Unverträglichkeiten, wenn ja welche?

Nein Ja _____

Bitte reichen Sie uns zusätzlich Ihren Allergiepass ein.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Folgendes:

- Alle Ihre Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzrichtlinien streng vertraulich behandelt. Sie geben Ihr Einverständnis zur Speicherung dieser Daten.
- Sie verpflichten sich, uns umgehend über jegliche Veränderungen Ihres Gesundheitszustands zu informieren.
- Nicht wahrgenommene Termine müssen spätestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden. Andernfalls können Ihnen die dadurch entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Sie nehmen zur Kenntnis, dass die Fahrtüchtigkeit nach der Gabe von (Lokal-)Anästhetika und anderen Medikamenten eingeschränkt sein kann.
- Sie haben die o.g. Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden.

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen