

Patienten-Fragebogen

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat & mobil) Telefon (geschäftlich)

Arbeitgeber Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung / Zusatzversicherung? Wenn ja, welche?

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert - **nicht** im Basistarif
- Privat versichert - im Basistarif
- Beihilfeberechtigt

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

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

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein
 Hepatitis Ja Nein
 Tuberkulose Ja Nein
 andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein
 Schmerzmittel Ja Nein
 Antibiotika Ja Nein
 andere:

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
 Asthma Ja Nein
 Lungenerkrankung Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
 Rheuma Ja Nein
 Epilepsie Ja Nein
 Diabetes Ja Nein
 Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
 Ohnmachtsneigung Ja Nein
 andere:

Allgemeine Angaben:

- Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag
 Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:
 Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____
 Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Eingriffen? o ja o wenig o nein
 Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice teilnehmen (Postkarte)? o ja o nein

1. Datum _____	Unterschrift _____
2. Datum _____	Unterschrift _____
3. Datum _____	Unterschrift _____
4. Datum _____	Unterschrift _____
5. Datum _____	Unterschrift _____
6. Datum _____	Unterschrift _____

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter