

# Patienten-Fragebogen

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geschlecht  m  w

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat/ mobil)

\_\_\_\_\_  
Telefon (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf (freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse / Versicherung

gesetzlich versichert  
 privat versichert  Beihilfe berechtigt

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

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

<b>Gesundheitszustand</b>	<i>Bitte ankreuzen</i>	<b>Gesundheitszustand</b>	<i>Bitte ankreuzen</i>
<b>Herz-Kreislauf-erkrankungen</b>		<b>Weitere Erkrankungen</b>	
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Rheuma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzklappenerkrankung/ -defekt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Asthma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzoperation	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Infektionskrankheiten</b>		Epilepsie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
HIV	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Diabetes	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hepatitis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Andere :		Osteoporose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Allergien/ Unverträglichkeiten</b>		Andere:	
Lokalanästhetika	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<b>Tumorerkrankungen</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Antibiotika	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche:	
Schmerzmittel	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Andere Allergien:		<b>Allgemeine Angaben</b>	
		Raucher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Allergiepass	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, <input type="radio"/> 0-10 <input type="radio"/> über 10 Zig./ Tag	
		Schwangerschaft	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<b>Bekommen Sie Medikamente für den Knochen</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche:			
_____			
_____			

## Weitere Informationen

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, *andernfalls stellen wir Ihnen diese Zeit privat in Rechnung.*

Wenn Sie während der Behandlung *Anästhetika (Spritzen)* erhalten, kann es in seltenen Fällen zu Nebenwirkungen, wie z.B. Unverträglichkeiten kommen. In extrem seltenen Fällen kann ein Nerv geschädigt werden, so dass Sie (meist vorübergehend) ein Taubheitsgefühl bzw. eine Geschmacksstörung in dem betreffenden Bereich verspüren können.

Bitte vermeiden Sie Kaubewegungen solange die Anästhesie wirkt, da unter Betäubung die Gefahr der Bissverletzung sehr hoch ist.

## Datenschutzinformation (nach EU Richtlinie)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie gleichzeitig, dass wir Ihre personenbezogenen Daten erheben und im Sinne der Behandlung nutzen dürfen. Dabei werden Ihre Daten ohne vorherige Absprache auch an Dritte (an Leistungsträger wie z.B. Krankenkassen, andere Ärzte oder das Zahntechnik-Labor) weitergegeben. Sollten Sie dies nicht wünschen, müssen Sie bitte schriftlich widersprechen. Sie können jederzeit der Verwendung Ihrer Daten, auch aus abgeschlossenen Behandlungen widersprechen.

Nähere Informationen zum Datenschutz finden Sie im Wartezimmer.

## Einverständniserklärung bei der Behandlung von Minderjährigen

Hat ein Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig. Kann kein Erziehungsberechtigter an der Behandlung teilnehmen, ist dem Begleiter/ dem Minderjährigen eine schriftliche Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten mitzugeben.

Grundsätzlich sollten alle Erziehungsberechtigten unterschreiben. Liegt die Unterschrift von nur einem Erziehungsberechtigten vor, so versichert der Unterzeichnende, dass er/sie im Einverständnis mit weiteren Erziehungsberechtigten handelt oder dass er/sie das alleinige Sorgerecht hat.

Erziehungsberechtigter ist: \_\_\_\_\_

**Sollten Sie Fragen zu diesem Patientenbogen haben, sprechen Sie uns bitte darauf an. Wir beantworten Diese gerne.**

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

Mücheln, den

Datum

Unterschrift