

Patienten – Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

weiblich:

männlich:

divers:

Nachname, Vorname (Patient): _____ Geburtsdatum: _____

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter/gesetzl. Vertreter/Betreuer: _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon (privat/mobil): Geschäftlich:

E-Mail: Beruf:

Gesetzlich versichert: Privat versichert: Beihilfeberechtigt:

Private Zusatzversicherung: Basistarif/Standardtarif:

Pflegegrad (§ 15 SGB XI) Wenn ja, welcher Pflegegrad?

Hausarzt:

Adresse / Telefon

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Frühere Röntgenuntersuchungen Ja Nein Wenn ja, wann?

Kieferorthopädische Behandlung Ja Nein Wenn ja, wo?

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat?

Raucher Ja Nein 0-10 über 10 Zigaretten am Tag

Alkoholgenuss Ja Nein selten oft regelmäßig

Herz-Kreislaufferkrankungen:

Medikamente:

Hoher Blutdruck Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Andere/ Medikamente

Infektionskrankheiten:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja Nein

Andere/ Medikamente

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

Allergiepass Ja Nein

Andere Medikamente

Weitere Erkrankungen:

Asthma Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Geistige Erkrankung Ja Nein

Genetische Erkrankung Ja Nein

Lebererkrankung Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Andere/Medikamente

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und der Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Die Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. **Bei Nichteinhaltung von Terminen, ohne ausreichend lange vorherige Absage (24 Std.) kann der entstandene Honorarverlust gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.** Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wandlitz, den

Datum

Unterschrift