

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon (privat/mobil)	Telefon (geschäftlich)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	E-Mail
<input type="text"/>	
Name der Versicherung / Krankenkasse	
<input type="text"/>	
Überweisender Arzt – Name, Adresse, Telefon	
<input type="text"/>	
Hausarzt – Name, Adresse, Telefon	

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Ich möchte den kostenlosen Newsletter abonnieren und habe die Bedingungen hierzu gelesen und akzeptiert. Sie stimmen dem Erhalt des Newsletters vom Zahnteam König zu. Der Newsletter wird per E-Mail verschickt und enthält aktuelle Praxis-Informationen. Wir werden Ihre personenbezogenen Daten, die wir für den Versand des Newsletters verarbeiten, nicht Dritten zur Verfügung stellen. Sie können den Erhalt des Newsletters jederzeit mit Wirkung für die Zukunft abbestellen, per E-Mail (info@zahnteam-koenig.de), telefonisch (Tel. 0281.82424) oder postalisch.

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Erziehungsberechtigter

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
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Gesundheitszustand
Infektionserkrankungen:

HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
andere:		

Bitte ankreuzen
Zusätzliche Informationen:
Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
andere:		

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
andere:		

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja,	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja,	<input type="checkbox"/> 0-10	<input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag	
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, seit wann/Name:			

Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, Datum/Körperteile:
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welcher Monat:
-----------------	-----------------------------	-------------------------------	--

Wie wurden Sie auf unsere
Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

 Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger/ziehungsberechtigter