



PATIENTEN FRAGEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname / Vorname Geburtsdatum / Ort Geschlecht m w

Straße / Hausnummer PLZ / Ort

Telefon (privat, mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse, Versicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert - nicht im Basistarif Privat versichert - im Basistarif Beihilfe berechtigt

Name überweisender Arzt / Adresse / Telefon

Name Hausarzt / Adresse / Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname / Vorname Geburtsdatum / Ort

Straße / Hausnummer PLZ / Ort

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:

Datum Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter

Bitte wenden ▶

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusatzinformationen _____
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Herzerkrankungen	<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	_____
Andere		_____

Infektionskrankheiten:

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		_____

Allergien/Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Penicillin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Allergie Pass	<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	_____
Osteoporose	<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	_____
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Andere		_____

Allgemeine Angaben:

Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0–10 <input type="checkbox"/> über 10 pro Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann / Name _____

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? ja nein
Wenn ja, welches Präparat _____

Frühere Röntgenuntersuchungen ja nein Wenn ja, Datum / Körperteil _____

Schwangerschaft ja nein Wenn ja, welcher Monat _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlich Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen 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

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter