

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
Fragen Sie bei Unklarheiten bitte gerne im persönlichen Gespräch nach.

<p>Patienten-Name _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ/Ort _____</p> <p>Telefon Privat _____</p> <p>Telefon Mobil _____</p> <p>Telefon Arbeit _____</p> <p>E-Mail _____</p> <p>Beruf _____</p> <p>Hausarzt _____</p>	<p style="text-align: center;">PATIENT</p> <p>Versicherter _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ/Ort _____</p> <p>Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Basistarif</p> <p>Name der Versicherung _____</p> <p>beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Zahnezusatzversicherung vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
	<p>VERSICHERTER</p> <p>VERSICHERTER</p> <p>VERSICHERTER</p>

Was ist der Grund für Ihren Besuch? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
1 Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz		
2.1 HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		
2.2 TBC / Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt		
2.3 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Wie ist Ihr Blutdruck?		
_____			<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch		
3 Allergien (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			(Wenn ja, welcher Typ?) _____		
3.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Nehmen / nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Haben Sie ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			13 Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			14 Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

weiter ►

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
15 Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Nierenerkrankungen oder -anomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 Sind Sie mit einer eventuellen Fotodokumentation einverstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Andere Erkrankungen (Welche?) _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? <input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung von _____ <input type="checkbox"/> Internet / Homepage <input type="checkbox"/> Telefonbuch / Das Örtliche <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
19 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Marcumar / Plavix / ASS / Blutverdünner <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 Möchten Sie an unserem Vorsorgeprogramm gegen Zahn- und Zahnfleischerkrankungen (Professionelle Zahnreinigung) teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> unsicher (Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge- / Kontrolltermin erinnert werden? <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> schriftlich Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Rauchen Sie? (Wenn ja, wieviel?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
22 Trinken Sie häufig Alkohol? 22.1 Konsumieren Sie andere Rauschmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23 Leiden Sie häufig unter Schmerzen oder Verspannungen im Kopf-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Anästhesie-Aufklärung

Bei einer örtlichen Betäubung (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie) können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden (auch dauerhaft), Zahnfleischschädigung. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden.

Alle abgedruckten Informationen habe ich gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ausdrücklich zu. Die Patienteninformation zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) liegt in der Praxis aus und wurde von mir eingesehen.

Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Behandlungsunterlagen bei Bedarf an mitbehandelnde Kollegen und/oder Praxisnachfolger einverstanden.

Datum, Unterschrift