

PATIENTEN FRAGEBOGEN

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen im Interesse einer komplikationslosen Behandlung sorgfältig zu beantworten. Alle Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der strikten ärztlichen Schweigepflicht der Zahnärzte und aller Praxismitarbeiter.

Patient/-in

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Geburtsort	_____
Straße/Nr.	_____	Tel. Privat	_____
PLZ	_____	Tel. Mobil	_____
Ort	_____	E-Mail	_____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat Name der Versicherung: _____

Zahnzusatzversicherung: ☐ ja ☐ nein

Beihilfe: ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Mitglied der Krankenversicherung sind, über wen sind Sie versichert?

Name & Vorname _____ Straße/Nr. _____

Geburtsdatum _____ PLZ/Ort _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Zeitung ☐ Internet ☐ Social Media

☐ Ich komme auf Empfehlung von: _____

Bitte wenden >>>

ZAHNÄRZTE

ANTON RECHENMACHER
DR. PHILIPP HÄUßINGER & KOLLEGEN

PRAXIS BERGEN

RAIFFEISENPLATZ 2
83346 BERGEN

T 08662 . 66 877 19

INFO@ZAHNAERZTE-HOCHFELLN.DE
WWW.ZAHNAERZTE-HOCHFELLN.DE

PRAXIS ÜBERSEE

WOLFERSTRASSE 2 | 83236 Übersee
T 08642 . 24 418 74

Fragen zur medizinischen Vorgeschichte

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ nein ☐ ja, wegen: _____

Name der behandelnden Praxis/des Arztes: _____

Adresse & Telefonnummer: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ nein ☐ ja, diese: _____

Müssen Sie vor einer Behandlung ein Antibiotikum einnehmen? ☐ nein ☐ ja, wegen: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ☐ nein ☐ ja, gegen: _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ☐ nein ☐ ja, in der _____ . Woche / im _____ . Monat

Leiden oder litten Sie an nachfolgend genannten Krankheiten?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Diabetes	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Glaukom (grüner Star)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Asthma	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Osteoporose	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Lebererkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	HIV, Hepatitis, Tuberkulose	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Pflegebedürftigkeit	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Pflegegrad	_____

Fragen zur zahnmedizinischen Vorgeschichte

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? ☐ nein ☐ ja, etwas ☐ ja, große Angst

Gibt es etwas an Ihren Zähnen, das Sie gerne geändert haben möchten? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, was? _____

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die Angaben vollständig und korrekt sind. Die Hinweise bezüglich des Datenschutzes und der elektronischen Patientenakte (aushängend) habe ich zur Kenntnis genommen.
Ich bin einverstanden, dass die Praxis mich an bevorstehende Termine erinnert und willige der Verarbeitung meiner Daten in der elektronische Patientenakte ein. Dies umfasst sowohl das Hochladen als auch das Abrufen medizinischer Informationen, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Ich kann der Nutzung jederzeit widersprechen.

Ort, Datum

Unterschrift