

PATIENTENFRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
_____ Straße, Hausnummer	_____ Postleitzahl, Wohnort
_____ Telefon privat, Handy oder evtl. geschäftlich	_____ Beruf und Arbeitgeber
_____ Name der Versicherung / Krankenkasse	Für Privatversicherte: Ich bin im PKV-Standardtarif versichert <input type="checkbox"/> Ich bin im PKV-Basistarif versichert <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/>

Bei Familienversicherten, bitte folgende Angaben ergänzen:

_____ Name und Vorname (Hauptversicherter)	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ Postleitzahl, Wohnort
_____ Hausarzt: Name, Adresse, Telefon	

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch (bei Neupatienten)?

(Bei jedem Kästchen zutreffendes ankreuzen)

Wünschen Sie eine Erinnerung für die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung 1x Jahr 2x Jahr Nein

Erinnerung: per Post per E-Mail

E-Mail: _____

Bitte beachten Sie, dass wir Sie bei Terminen ab 60 min. einen Tag vorher telefonisch erinnern.

-bitte wenden-

Herz-Kreislauf Erkrankung → falls Herz-Pass vorhanden, bitte an der Anmeldung abgeben!	
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrötmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergien/Unverträglichkeiten → falls Allergiepass vorhanden bitte an der Anmeldung abgeben!	
Allergien → wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Latex	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheiten → falls Pass vorhanden bitte an der Anmeldung abgeben!	
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Erkrankungen	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes → wenn ja, Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> → falls Pass vorhanden, bitte an der Anmeldung abgeben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grüner Star	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grauer Star	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Künstliche Gelenke → wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tumorerkrankungen/Bisphosphonate → wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allgemeine Angaben	
Drogenkonsum → wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Raucher → wenn ja, wie viele pro Tag:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Alkoholkonsum → wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Regelmäßige Medikamente → wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren/sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutverdünnende Medikamente → wenn ja, welche: (Marcumar, ASS, Plavix, Arixtra, Xarelto, Aspirin, Falithrom, Sintrom, Coumadin, Heparin, etc.) → falls Pass vorhanden, bitte an der Anmeldung abgeben!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Frühere Operationen → wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaft → wenn ja, welcher Monat:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Knirschen/Pressen Sie Zähne?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ab und zu Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie des Öfteren muskuläre Verspannungen im Nacken und / oder Kieferbereich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wichtige Hinweise: Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Ich verpflichte mich die Praxis Curvavent umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ebenfalls verpflichte ich mich, vereinbarte Termine mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter