

Medizinischer Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und Medikamenteinnahme. Denn auch Allgemeinerkrankungen, bestimmte Medikamente und Allergien können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen medizinischen Fragebogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht. Die Datenschutzhinweise zur Erfüllung unserer Informationspflicht nach Art. 12 ff. DSGVO liegen an unserem Empfang aus.

Persönliche Angaben

..... Name | Vorname (Patient)	..... Geburtsdatum	Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d
..... Straße | Hausnummer	..... PLZ | Ort	
..... Telefon privat | mobil	..... Telefon geschäftlich	
..... E-Mail	..... Beruf	
..... Name der Krankenkasse | Versicherung	Bonus vorhanden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	..... Wenn ja, seit wann?

Bitte berücksichtigen Sie, dass für unsere Rechnungslegung ausschließlich und uneingeschränkt die staatlich vorgeschriebene Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ/GOÄ) maßgeblich ist. Anderslautende Bestimmungen oder private Versicherer können wir nicht berücksichtigen.

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

..... Name | Vorname (Zahlungspflichtiger)	..... Geburtsdatum
..... Straße | Hausnummer	..... PLZ | Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

..... Name	..... Telefon privat | mobil
..... Straße | Hausnummer	..... PLZ | Ort

Medizinischer Fragebogen

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Herzoperation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Infektionserkrankungen:		
HIV	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Hepatitis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Creutzfeldt-Jakob (CJD)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Allergien/Unverträglichkeiten:		
Lokalanästhetika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Antibiotika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Chlor	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Spülmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
andere		.....

Medizinischer Fragebogen

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen Zusätzliche Informationen

Weitere Erkrankungen:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|-------|
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| Asthma | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| Lungenerkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| Rheuma | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| Nierenfunktionsstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| Ohnmachtsneigung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | ..... |
| andere ..... |  | ..... |

**Für gesetzlich versicherte Patienten:
Wünschen Sie ...**

Bitte ankreuzen

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| zahnfarbene Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich mit Zuzahlung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| eine professionelle medizinische Zahnreinigung mit Zuzahlung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

