

Patientenfragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)



DIE OLDENBURGER
ZAHNÄRZTE
Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde

Frau Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

Email

Beruf

Arbeitgeber

Name der Krankenkasse oder Versicherung

ich bin:

gesetzlich versichert
 privatversichert
 beihilfeberechtigt
 zusatzversichert
 freiwillig versichert
 Basistarif
 nicht Basistarif

Liegt eine Pflegestufe vor? nein ja Pflegegrad: _____

Hauszahnarzt oder überweisender Zahnarzt – Name, Adresse, Telefon

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet
 Facebook
 Instagram
 Empfehlung
 Zeitung
 Jameda
 Überweisung
 Notdienst

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

Frau Herr

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Beruf

Arbeitgeber

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 Erziehungsberechtigter

Teil 2

Ist eine Betreuung nach §1896 – 1980i BGB vorhanden: Ja Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
Herzklappenerkrankung-/defekt Ja Nein
Koronare Herzerkrankung Ja Nein
Herz-OP (Datum: _____) Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein

Allergien/Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein
Medikamente Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
Andere: _____
Allergiepass Ja Nein

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten operiert? Wenn ja, Art der OP: _____

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein
Hepatitis (A, B, C, D) Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Andere: _____

Blut:

Blutarmut Ja Nein
Blutungsneigung Ja Nein

Lunge:

Asthma/Chronische Bronchitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein

Nervensystem:

Anfallsleiden Ja Nein
Depressionen Ja Nein
Rheumatische Erkrankungen Ja Nein
Andere: _____

Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
Nierenerkrankungen Ja Nein

Weitere:

Krebserkrankungen Ja Nein
Osteoporose Ja Nein

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein
Alkoholgenuss Ja Nein
Raucher Ja Nein
Regelmäßige Medikamente Ja Nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein
Frühere Röntgenuntersuchungen Ja Nein
Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Wenn ja: selten oft regelmäßig

Wenn ja: 0 – 10 über 10 Zigaretten am Tag

Wenn ja: seit wann und

Name des Medikaments: _____

Wichtige Informationen:

- » Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO und werden daher streng vertraulich behandelt.
- » Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt. Die Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist. Mir wurde die ausführliche Einwilligungserklärung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen und verstanden.
- » Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.
- » Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, dies bedeutet, dass die mit mir vereinbarte Zeit ausschließlich für mich reserviert wird. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls trage ich die Kosten in Höhe von 50% des Honorars, es sei denn, an dem Versäumnis trifft mich kein Verschulden.
- » Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ich bin damit einverstanden, dass meine angegebene E-Mail Adresse zum Zweck der Terminerinnerung genutzt wird.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtige/r
bzw. Erziehungsberechtigte/r