|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Zahnarztpraxis Dr. Ulrich Möller** | **Taunusstein** |
|  | **Patienten-Fragebogen** (bitte vollständig ausfüllen) | **Kleiststraße 8** |
|  |  | **06128 - 5354** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geschlecht:  m   w

     

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

     

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon (privat) Telefon (mobil)

     

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail Beruf

     

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse / Versicherung Arbeitgeber

gesetzlich versichert  familienversichert  Zahnzusatz - Versicherung

privat versichert  beihilfeberechtigt  privat versichert – im Basistarif

**Familienversicherte Patienten ergänzen bitte die Angaben des Hauptversicherten:**

     

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

     

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

**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 Erziehungsberechtigter

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung, laufende Behandlungstermine oder Prophylaxe in Absprache mit Ihnen erinnert werden?  ja, bitte  nein, danke

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte wenden

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:** | | | | |
|  |  |  | | |
| **Herz-**  **Kreislauf-**  **Erkrankungen:** | Hoher Blutdruck (Hypertonie) | Ja  Nein | Herzerkrankung | Ja  Nein |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | Ja  Nein | Herzoperation | Ja  Nein |
| Herzklappenerkrankung/-defekt | Ja  Nein | Herzschrittmacher | Ja  Nein |
| Bemerkungen: |  | | |
|  |  |  | | |
| **Infektions-erkrankungen:** | HIV | Ja  Nein   Ja  Nein | Tuberkulose | Ja  Nein |
| Hepatitis | andere: |  |
| Bemerkungen: |  | | |
|  |  |  | | |
| **Allergien / Unverträglich-keiten:** | Lokalanästhetika | Ja  Nein | Antibiotika | Ja  Nein |
| Schmerzmittel | Ja  Nein | andere: |  |
| Bemerkungen: |  | | |
|  |  |  | | |
| **Weitere Erkrankungen:** | Blutgerinnungsstörungen | Ja  Nein | Epilepsie | Ja  Nein |
| Asthma | Ja  Nein | Diabetes | Ja  Nein |
| Lungenerkrankung | Ja  Nein | Nierenfunktionsstörungen | Ja  Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | Ja  Nein | Osteoporose | Ja  Nein |
| Rheuma | Ja  Nein | Ohnmachtsneigung | Ja  Nein |
| andere: |  | | |
| Bemerkungen: |  | | |
|  |  |  | | |
| **Allgemeine Angaben:** | Drogenkonsum | Ja  Nein |  | |
| Alkoholgenuss | Ja  Nein | selten  oft  regelmäßig | |
| Raucher | Ja  Nein | 0-10  über 10 Zig./Tag | |
|  | Schwangerschaft | Ja  Nein | Wenn ja, welcher Monat | |
|  | Regelmäßige Medikamente | Ja  Nein | Wenn ja, seit wann / Name | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

**Wichtige Informationen:**

* Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
* Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
* Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig abzusagen.
* Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Patient und Hauptversicherter/Erziehungsberechtigter