

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Boris Beaumont

Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

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

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon privat und mobil Telefon geschäftlich

Name der Krankenkasse/ Versicherung E-Mail

- Gesetzlich versichert
 - Privat versichert- **nicht** im Basistarif
 - Privat versichert- im Basistarif
 - Beihilfeberechtigt
-

Hausarzt Hausarzt Telefon

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

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

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Sehr geehrte Patienten,

Vorerkrankungen können Auswirkung auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gern.

<u>Bitte ankreuzen:</u>	ja	nein		ja	nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aids (Immunschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu hohen/ niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (A,B,C)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung am Herzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche _____			Wenn ja, bitte Medikamente angeben		

Bitte ankreuzen:

ja

nein

ja

nein

Diabetis (Zuckerkrankheit)?

Asthma/ Lungenerkrankung?

Nervenerkrankungen?

Lebererkrankungen/ Gelbsucht?

Nierenerkrankung?

Magen- Darmerkrankungen?

Rheuma/ rheumatisches Fieber?

Schilddrüsenerkrankung?

Creutzfeldt-Jakob Erkrankung?

Bestehen Sonstige Erkrankungen?

Ohnmachtsneigung/Epilepsie?

Osteoporose

Besteht eine Schwangerschaft

Wenn ja, welcher Monat? _____

Allergien bzw. Unverträglichkeiten?:

Lokalanästhesien/ Spritzen

Antibiotika

Medikamente(Schmerzmittel)

Metalle

Heuschnupfen

Nehmen Sie Sonstige

Medikamente ein?

Wenn ja, Welche? _____

Frühere Röntgenaufnahmen

Wenn ja, wann? _____

Nehmen Sie Medikamente ein , die den **Knochenstoffwechsel** beeinflussen? ja nein
(z.B. **Bisphosphonate, Denusomab**)

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen :

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wichtige Information:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher 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 **mindestens 24 Stunden** im Voraus abzusagen. **Im Falle von nicht rechtzeitiger Absage des vereinbarten Termins bzw. Nichterscheinens, sind wir gemäß §304, 611,615 BGB berechtigt, ein Ausfallentgeld zu erheben.**

Leinfeld- Echterdingen, den Unterschrift