|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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