**Patientenfragebogen**

Nachname, Vorname **(Patient) :**

Geburtsdatum:

Nachname, Vorname **(Versicherter):**

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon (Privat) / Mobil:

Telefon (Geschäftlich):

E-Mail:

Beruf / Arbeitgeber:

Hausarzt:

Name der Krankenkasse / Pflegegrad:

Bonus erfüllt? (waren Sie die letzten 5 oder 10 Jahre regelmäßig zur Vorsorge?) zutreffendes bitte unterstreichen!

**Für Kassenpatienten**

Haben sie eine Zusatzversicherung für den Zahnarzt?

**Für Privatpatienten**

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Sind Sie im PKV-Basistarif versichert (reduzierter Faktor bis 2,0)?

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

**Haben oder hatten Sie:**

Hoher Blutdruck / niedriger Blutdruck: 🞏 Ja 🞏 Nein zutreffendes bitte unterstreichen!

Herzklappenerkrankung/-defekt: 🞏 Ja 🞏 Nein

Herzerkrankung / Herz-OP: 🞏 Ja 🞏 Nein zutreffendes bitte unterstreichen!

Herzschrittmacher: 🞏 Ja 🞏 Nein

HIV:🞏 Ja 🞏 Nein

Hepatitis: 🞏 Ja 🞏 Nein

Tuberkulose: 🞏 Ja 🞏 Nein

Blutgerinnungsstörungen:🞏 Ja 🞏 Nein

Asthma / Lungenerkrankung: 🞏 Ja 🞏 Nein zutreffendes bitte unterstreichen!

Schilddrüsenerkrankung: 🞏 Ja 🞏 Nein

Rheuma: 🞏 Ja 🞏 Nein

Epilepsie: 🞏 Ja 🞏 Nein

Diabetes: 🞏 Ja 🞏 Nein

Nierenfunktionsstörung: 🞏 Ja 🞏 Nein

Ohnmachtsneigung: 🞏 Ja 🞏 Nein

Bestrahlung / Chemotherapie: 🞏 Ja 🞏 Nein

Osteoporose: 🞏 Ja 🞏 Nein

andere:

**weiter auf Seite 2**

**Medikamente: Nehmen Sie regelmäßig…**

Herzmedikamente: 🞏 Ja 🞏 Nein **Welches?**

Cortison(Kortikoide): 🞏 Ja 🞏 Nein

Schmerzmittel: 🞏 Ja 🞏 Nein

Antidepressiva: 🞏 Ja 🞏 Nein

Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?: 🞏 Ja 🞏 Nein  **Welches?:**

Bisphosphonate: 🞏 Ja 🞏 Nein

andere Medikamente:

**Allergien/ Unverträglichkeit**

Lokalanästhetika: 🞏 Ja 🞏 Nein **Welches?**

Schmerzmittel: 🞏 Ja 🞏 Nein **Welches?**

Antibiotika: 🞏 Ja 🞏 Nein **Welches?**

andere:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Schwangerschaft? 🞏 Ja 🞏 Nein wenn ja, welcher Monat:

**Wichtig!**

Dürfen wir Sie an Ihren fälligen Vorsorgetermin erinnern, falls Sie noch keinen vereinbart oder einen

Termin versäumt haben?

🞏 Ja, ich möchte im Abstand von 6 Monaten an die Notwendigkeit einer Kontrolluntersuchung

erinnert werden. (Recall Kartei)

🞏 Nein, ich möchte nicht an die Notwendigkeit einer Kontrolluntersuchung erinnert werden.

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:**

**Datum/Unterschrift:**

**Für Privatpatienten:**

Sie erhalten entsprechend der Rechtslage eine Behandlungsrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung

(Gebührenrahmen 1,8 bis 3,5fach), soweit nicht vor der Behandlung abweichende, individuelle

Vereinbarung getroffen worden (GOZ § 2).

**Datum/Unterschrift:**

**Vielen Dank für Ihre Mühe. Haben Sie noch weitere Fragen? Bitte sprechen Sie uns an, wir helfen**

**Ihnen gerne weiter !**