

Fragebogen für Neupatienten

1. Allgemeine Angaben

Seite 1 / 2

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient
Name Vorname geb. am

Mitglied
Name Vorname geb. am

Anschrift
Straße Nr. Telefon
.....
Postleitzahl Ort
.....
E-Mail-Adresse

Krankenkasse
 Zahnzusatzversicherung privatversichert Beihilfe ja nein

Beruf

Arbeitgeber
Name/Bezeichnung Telefon

Anschrift Arbeitgeber
Straße Nr. PLZ Ort

Hausarzt (Allgemeinarzt)
Name / Praxisbezeichnung

Anschrift
Straße Nr. Telefon
.....
Postleitzahl Ort

Kontakt durch
Wie sind Sie zu uns gekommen (Empfehlung, Internet, Telefonbuch etc.)?

2. Gesundheitsbezogene Angaben

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitten wir um folgende Angaben

Letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-/Kieferbereich:

Überempfindlichkeit gegen:

Medikamente:

Materialien:

Sonstiges:

Rauchen Sie (wieviel pro Tag)?: ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?: ja nein

Bitte wenden

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitten wir um folgende Angaben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gern fragen.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten; bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1 Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 Diabetes (Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6 Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8 Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.1 Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.4 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.5 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.6 Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.7 Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.8 Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.2 AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10 Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12 Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14 Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15 Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16 Frühere Operationen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17 Nehmen Sie Medikamente (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Einverständniserklärung von Patientinnen-/Patienten einer gesetzlichen Krankenkasse

Nach den Bestimmungen der Krankenkassen muss die Krankenversicherungskarte bei Behandlungsbeginn vorgelegt werden. In Notfällen kann sie innerhalb einer Woche nachgereicht werden, ansonsten erklären Sie sich mit der Erstellung einer Privatrechnung einverstanden. Werden vom Versicherten Privatleistungen in Anspruch genommen, so werden diese nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) abgerechnet und vom Patienten selbst getragen