

Patientenauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

Name Patient	Vorname	Geburtsdatum
Name Versicherer/ gesetzlicher Vertreter	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Telefon	<input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
PLZ	Ort	E-Mail

Meine Ernährung ist "normal" gesund und ausgewogen unausgewogen
 Nichtraucher Raucher pro Tag 1-10 Zigaretten über 10 Zigaretten
Alkohol trinke ich regelmäßig selten nie
 Ich nehme keine Medikamente Ich habe eine Pflegestufe. Höhe der Pflegestufe: 1 2 3 4 5
 Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente/Präparate ein:
(Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel an)

Ich bin zur Zeit in ärztlicher Behandlung wegen: _____
Ich leide an folgenden Krankheiten: Allergien gegen: _____
 Lungen- und Atemwegserkrankungen Lebererkrankungen Nierenerkrankungen
 Stoffwechselerkrankungen Schilddrüsenerkrankungen Diabetis mellitus HbA 1c < 7%
 Augenerkrankungen (z.B. grüner Star) Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle) HbA 1c > 7%
 Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen Erkrankungen des Skelettsystems Gemütsleiden, Depression
 Kreislauf- und Gefäßerkrankungen Herzerkrankungen Osteoporose
 Herzschrittmacher Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis B/C, HIV) Welche: _____
 hoher Blutdruck Sonstiges: _____

Nur für Frauen: Ich bin schwanger Ungewiss, ob Schwangerschaft besteht nicht schwanger
 Ich bin mit meinen Zähnen sehr zufrieden zufrieden unzufrieden
 Ich habe Zahnfleischbluten ja nein manchmal
 Ich leide unter Mundgeruch ja nein manchmal
 Ich beobachte Zahnlockerungen ja nein
 Ich knirsche mit den Zähnen ja nein manchmal

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Wir weisen darauf hin, dass wir Ihre Daten elektronisch speichern und die Bestimmungen des Datenschutzes einhalten. Alle Angaben, die Sie auf dem Fragebogen gemacht haben, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

X

Datum _____ Unterschrift Patient, Versicherer/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter _____

Zur fachspezifischen Mitbeurteilung und Weiterbehandlung werden vorhandene Befunde/ Röntgenunterlagen an ärztliche/ zahnärztliche Kollegen (Zahnarzt, Hausarzt, HNO, Kliniken) weitergeleitet und angefordert. Unterschrift: _____ **X**

Lieber Patient, unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies erspart Ihnen unnötige lange Wartezeiten. Sollten Sie Termine nicht einhalten können, sagen Sie bitte **24 Stunden** vorher ab. Zusätzlich haben wir in unserer Praxis ein Erinnerungssystem für Ihre Kontrolltermine eingerichtet. Deshalb kreuzen Sie bitte an, ob Sie es in Anspruch nehmen und von uns regelmäßig an Ihre Kontrolltermine erinnert werden möchten:

ja nein

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Erlaubnis, Sie an Termine zu erinnern. Unterschrift _____ **X**