

**Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)**

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat/mobil)

\_\_\_\_\_  
geschäftlich

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname und Wohnort des Versicherten (Zahlungspflichtigen) bei  
Minderjährigkeit des Patienten

**Für Privatpatienten:**  
Ich bin beihilfeberechtigt

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung/ Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Hausarzt – Name, Telefonnummer

**Bonusheft** ohne Unterbrechung \_\_\_\_\_ Jahre rückwirkend abgestempelt

**Bonusheft** nicht vorhanden

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich! (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Leiden Sie unter

Mundgeruch  Zahnfleischbluten  Kopf-/Nackenschmerzen  Metallgeschmack

Schwangerschaft  ja  nein Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand :**

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Infektionskrankheiten :**

HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
andere: _____			

**Weitere Erkrankungen :**

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bi-Phosphat-Therapie (evtl. bei Osteoporose-Patienten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Hier tragen Sie bitte Ihre Medikamente ein:**

---

---

---

---

---

---

---

Wichtige Informationen:

- \* Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.  
Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.
- \* Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen zu informieren.
- \* Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- \* Ich bestätige mit meiner Unterschrift, das ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Patienten