

PATIENTEN-FRAGEBOGEN (bitte vollständig ausfüllen)

.....
Nachname, Vorname

Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

.....
Telefon privat, Handy, evtl. geschäftlich

E-Mail

.....
Hausarzt; Name, Adresse, Telefon

gesetzlich versichert privat versichert privat versichert im **Basistarif** Beihilfeberechtigt

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz- / Kreislauferkrankungen

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Herzklappenfehler ja nein

Herzklappenersatz ja nein

Endokarditis ja nein

Herzoperation ja nein

Mukoviszidose ja nein

Organtransplantiert ja nein

Stammzellentransplantiert ja nein

Infektionserkrankungen

HIV-Infektion ja nein

Lebererkrankung / Hepatitis ja nein

Tuberkulose ja nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein

Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie / Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Metalle ja nein

Andere ja nein

Wenn ja, welche:

Epilepsie ja nein

Asthma / Lungenerkrankung ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Diabetes ja nein

Nervenerkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Ohnmachtsanfälle ja nein

Osteoporoseerkrankung ja nein

Rheuma / Arthritis ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Raucher ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein

Sonstige Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche:

Besteht eine Schwangerschaft: ja nein

Wenn ja, in welchem Monat:

Sind bei Ihnen in letzter Zeit zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig, bzw. zur Zeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate ja nein

Nehmen Sie Immunsuppressiva ja nein

Bekommen Sie eine Chemo- / Strahlentherapie ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten, bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

.....
Datum

.....
Unterschrift