

Fragebogen für Patienten, die zum ersten Mal die Praxis aufsuchen

Liebe Patienten – bitte beantworten Sie im Interesse Ihrer Sicherheit alle Fragen präzise!

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon.: _____ Strasse/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Ort: _____ Geburtsort: _____

Mitglied/Zahlungspflichtiger: (NUR ausfüllen, wenn Person NICHT selber versichert ist, sondern über eine andere Person!!)

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Straße/Hausnr.: _____ Postleitzahl/Ort: _____

Krankenkasse oder Versicherung: _____

Privat versicherte Patienten bitte beachten: Privatleistungen sind in voller Höhe zu entrichten - unabhängig vom Umfang der Erstattung durch die Beihilfestelle bzw. Krankenkasse!

Besteht eine Zusatzversicherung für Zahnimplantate? _____

Besteht ein **PFLEGEGRAD**, wenn ja, **welcher?** Ja _____ Nein

Arbeitgeber Anschrift: _____ Beruf _____

Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

Überweisender Arzt: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben: (wenn nicht zutreffend dann bitte /)

1. Neigen Sie bei Verletzungen zu starken Blutungen?

2. Erkrankungen des Herzens oder Kreislauf?

3. Infektionskrankheiten (Tbc, Hepatitis, Aids, usw.)?

4. Innere Krankheiten (Leber, Niere, Diabetes):?

5. Arzneimittelüberempfindlichkeit?:

6. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

7. Schwangerschaft: ja: _____ nein: _____ wenn ja welcher Monat? _____

8. Nehmen sie z. Zt. Medikamente ein? - Wenn ja, welche?: (bitte alle Medikamente angeben, auch wenn abgesetzt wurde)

9. Sonstige Angaben die für einen chirurgischen Eingriff wichtig sein können:

Mit meiner Unterschrift stimme ich einer notwendigen Fotodokumentation und dem Datenaustausch (Befunde, Röntgenbilder usw.) mit dem Hausarzt und anderen Fachärzten zu. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>. Ich bin hiermit informiert und akzeptiere, dass die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Anwendung kommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____