

Patientenfragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit und Mundgesundheit möglichst genau! Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der neuen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) vom 25.05.2018 und werden streng vertraulich behandelt.

A Bitte tragen Sie hier Ihre Versichertendaten ein

Patient: _____ Geb.-datum: _____
 Mitglied: _____ Geb.-datum: _____
 Anschrift: _____
 Krankenkasse: _____ zusatzversichert : O ja/welche O nein
 Tel. Nr.: priv. _____ mobil: _____ gesch.: _____
 E-Mail Adresse: _____
 Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-/Kreislaufferkrankungen ?

Durchblutungsstörungen O ja O nein
 Herzklappenfehler O ja O nein
 Herzschrittmacher O ja O nein
 Herzrhythmusstörungen O ja O nein
 Endokarditis O ja O nein
 Angina pectoris O ja O nein
 Angeborener Herzfehler O ja O nein
 Herzinfarkt O ja O nein
 Erhöhter Blutdruck O ja O nein
 Verminderter Blutdruck O ja O nein

Sonstige Erkrankungen?

Anfallsleiden (Epilepsie) _____
 Asthma O ja O nein
 Grüner Star O ja O nein
 Blutgerinnungsstörungen O ja O nein
 Osteoporose O ja O nein
 Rheuma O ja O nein
 Tumor O ja O nein
 Ohnmachtsanfälle O ja O nein
 Drogenabhängigkeit O ja O nein
 Rauchen Sie? O ja O nein
 Seit wann und wie viel ? O ja O nein

Infektionskrankheiten ?

Infektionskrankheiten ?

HIV-Infektion O ja O nein
 Aids O ja O nein
 Tuberkulose O ja O nein
 Hepatitis O ja O nein
 wenn ja, welche Form? _____

Innere Krankheiten ?

Diabetes O ja O nein
 Schilddrüsenerkrankung O ja O nein

Allergien

Antibiotika O ja O nein
 Antibiotika O ja O nein
 welche Antibiotika ? _____
 Schmerzmittel O ja O nein
 welche Schmerzmittel ? _____
 Anästhetika (Spritze): O ja O nein
 Metalle O ja O nein
 welche Metalle ? _____
 Latexallergie: O ja O nein
 Sonstige Allergien ? O ja O nein
 Allergiepass? O ja O nein

Weitere Fragen:

Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O ja O nein
 wenn ja, welche ? _____
 Befinden Sie sich momentan in ärztlicher Behandlung? O ja O nein
 Befinden Sie sich momentan in psychotherapeutischer
 Behandlung? O ja O nein
 Befinden Sie sich in einer Bestrahlungs-oder Chemotherapie? O ja O nein
 Wer ist Ihr behandelnder Arzt/Hausarzt? _____