

## Patientenauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

|  |         |   |
|--|---------|---|
| Name Patient                             | Vorname | Geburtsdatum  |
| Name Versicherer/ gesetzlicher Vertreter | Vorname | Geburtsdatum  |
| Straße                                   | Telefon | <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat<br><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:**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien gegen: _____                   | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen  | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                                     |
| <input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen         | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen                                       | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> HbA 1c < 7% |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen                 | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle)                              | <input type="checkbox"/> HbA 1c > 7%  |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)     | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems                                | <input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depression                               |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> Kreislauf- und Gefäßerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis B/C, HIV) Welche: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                        | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck                          |   |   |

**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     manchmal  
 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.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass mir die Praxis bei einem unentschuldigtem Terminsäumnis oder nicht fristgerechter Absage nach § 615, 296 BGB eine Ausfallrechnung in Höhe von 50% für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung stellen kann.**

Unterschrift \_\_\_\_\_ **X**