

Praxisklinik

Dr. Udo Neuhöffer MSc., MSc.

naturheilkundlich und gnathologisch orientierte Zahnarztpraxis

Master of Science Implantologie/Oralchirurgie und Kieferorthopädie

www.dr-neuhoeffer.de

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert - **nicht** im Basistarif
- Privat versichert - im Basistarif
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversicherung, welche: _____

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
- Herzerkrankung Ja Nein
- Herzoperation Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein
- Hepatitis Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- Antibiotika Ja Nein
- andere: _____

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Asthma Ja Nein
- Lungenerkrankung Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- Ohnmachtsneigung Ja Nein
- andere: _____

Allgemeine Angaben:

- Drogenkonsum Ja Nein
- Alkoholgenuss Ja Nein

Wenn ja, selten oft regelmäßig

Raucher Ja Nein

Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente Ja Nein

Wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein

Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere
Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen 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, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Dr. • Neuhoefler MSc. • MSc.