

Dr. Dr. Rudolf Pleier
Dr. Ingeborg Pleier-Gößl
Dr. Franz Pleier

Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
92637 Weiden i.d.Opf.

Telefon: +49 (0) 961/31 3 42
Email: zahnarzt-pleier@t-online.de
Website: www.zahnärzte-hammerweg.de



ZAHNÄRZTE
HAMMERWEG

PATIENTENFRAGEBOGEN

(bitte **VOLLSTÄNDIG** ausfüllen)

m w d

Nachname, Vorname der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Geschlecht

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse/Versicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert - **nicht** im Basistarif Privat versichert - im Basistarif Beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt – Name, Adresse, Telefon

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

Falls Patient/in und Zahlungspflichtige/r **NICHT IDENTISCH** sind, bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname des/der Zahlungspflichtigen

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BEHANDLUNG MINDERJÄHRIGER:

Falls der/die Patient/in das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist für die Behandlung – außer für eine akute Schmerzbehandlung – das Einverständnis der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r (Vor-/Nachname)

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem **GESUNDHEITZUSTAND** möglichst genau:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Infektionserkrankungen:		
Hepatitis A/B/C/D	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
HIV	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
andere:		.....
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Herzoperation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Allergien/Unverträglichkeiten:		
Lokalanästhetika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Antibiotika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
andere:		.....
Weitere Erkrankungen:		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Rheuma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
andere:		.....
Weitere allgemeine Angaben:		
Regelmäßige Medikamente	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, seit wann:
		Medikamentenname:
Blutverdünnung mit ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto, Pradaxa o. ä.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Biphosphonattherapie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, seit wann:
Chemotherapie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, seit wann:
Strahlentherapie im Kieferbereich	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, seit wann:
Raucher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja <input type="radio"/> 0-9 <input type="radio"/> ab 10 Zigaretten/Tag
Alkoholgenuss	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> oft <input type="radio"/> regelmäßig
Drogenkonsum	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, Datum:
		Körperteil:
Schwangerschaft	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, welcher Monat:

WEITERE 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, die Praxis 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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient*in und Zahlungspflichtige*r/Erziehungsberechtigte*r