



DR. THOMAS POPPENBORG
GANZHEITLICHE ZAHNBEHANDLUNG
UND DENTALPROPHYLAXE

Patienten-Fragebogen

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 Standardtarif oder
Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen)
- Beihilfeberechtigt
- Privat versichert - im Erweiterten Standardtarif
(Basistarif-Bedingungen)
- Privat versichert - im Standardtarif

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
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