AOK LKK BKK IKK VdaK AEV BuKn

Name, Vorname des Versicherten

Kassennr. Versicherten-Nr. Status

Vertragszahnarztnr. gültig bis Datum

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Name/Vorname **Geburtsdatum**

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau .....,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

Datum Unterschrift

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitswesen so genau wie möglich.

Herz

(ja) (nein) Zustand nach Infarkt
(ja) (nein) Herzinsuffizienz
(ja) (nein) Muskelentzündung
(ja) (nein) Angina pectoris
(ja) (nein) Rythmusstörungen
(ja) (nein) Bypassoperation
(ja) (nein) Herzklappenersatz
(ja) (nein) Schrittmacher

Allergien / Unverträglichkeiten

(ja) (nein) Lokalanästhetika
(ja) (nein) Schmerzmittel
wenn ja welche ? .....
(ja) (nein) Antibiotika
(ja) (nein) sonstige Allergien ?
Wenn ja welche ? .....

Kreislauf

(ja) (nein) niedriger Blutdruck
(ja) (nein) Bluthochdruck
(ja) (nein) Schlaganfall

Stoffwechsel

(ja) (nein) HIV
(ja) (nein) Hepatitis
(ja) (nein) Tuberkulose

Weitere Erkrankungen

(ja) (nein) Blutgerinnungsstörung
Medikamente welche ? .....
(ja) (nein) Asthma
(ja) (nein) Lungenkrankheit
(ja) (nein) Epilepsie
(ja) (nein) Nierenfunktionsstörungen
(ja) (nein) Ohnmachtsneigung
(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
(ja) (nein) Rheuma
(ja) (nein) Diabetes
(ja) (nein) Schilddrüsenerkrankung

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Weitere administrativ wichtige Informationen:

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
Wenn ja ab wann? .....

Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
Wenn ja, wie ? o per Post o per E-Mail

Krankenkasse / Krankenversicherung Bitte Details nachfolgend ankreuzen bzw. ergänzen

___ gesetzlich versichert ___ privat versichert ___ privat Basistarif ___ beihilfeberechtigt

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

_____	_____	_____
Gesellschaft	Tarifbezeichnung	Versicherungsbeginn

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wichtige Informationen

Wichtige Informationen:

> Alle Informationen unterligen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutes und werden daher streng vertraulich behandlet.

> Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

> Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

> Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls könne hier raus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Heidelberg, den ..... Unterschrift .....