



Dr. med. dent. Kruno Vudjan
Praxis für Zahnheilkunde

PATIENTENFRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte vollständig ausfüllen.

.....
Nachname und Vorname (Patient)

.....
Geburtsdatum, Geschlecht: m w

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Telefon privat

.....
Telefon tagsüber

.....
E-Mail Adresse

.....
Beruf

.....
Name der Versicherung/Krankenkasse

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

.....
Überweisender Arzt: Name, Adresse, Telefon

.....
Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

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

.....
Nachname und Vorname (Zahlungspflichtiger/Versicherter)

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

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

.....
Datum

.....
Erziehungsberechtigter

bitte wenden ►►►



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

Ärztliche Behandlung	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung:
Medikamente	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
Blutgerinnung	Nehmen Sie ASS100 oder Marcumar ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzasthma/Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Infektionserkrankungen	
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
andere	
Allergien/Unverträglichkeiten	
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
andere	
Besitzen Sie einen Allergiepaß?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Erkrankungen	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grauer Star	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
andere	



Allgemeine Angaben	
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Alkoholgenuss Wenn ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher Wenn ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 0 – 10 <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten/Tag
Frühere Röntgenuntersuchung Wenn ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum/Körperteile:
Schwangerschaft Wenn ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein welcher Monat:

Wünschen Sie eine Beratung/Information zu folgenden Themen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Bleaching/Zahnaufhellung |
| <input type="checkbox"/> Kinderprophylax | <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch und Alternativen |
| <input type="checkbox"/> Gold- bzw. Keramikinlays | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Erinnerung an die nächste Kontrolluntersuchung | |

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.

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

.....
Datum Unterschrift Patient (und evtl. Versicherter/Erziehungsberechtigter)

- Hiermit bin ich einverstanden, dass die Praxis für Zahnheilkunde Dr.Vudjan meine bisher bei der Zahnarztpraxis Müller geführte Behandlungskarteikarte öffnen und die darin enthaltenen Informationen für die weitere Behandlung nutzen darf.

.....
Datum Unterschrift Patient (und evtl. Erziehungsberechtigter)