Kopenhagener Straße 10 | 65552 Limburg | Fon 06431 - 9777779 | Mail info@zahnklinik-dr-speicher.de | Web www.zahnklinik-dr-speicher.de

ZAHNKLINIK
DR. SPEICHER
LIMBURG a.d. LAHN

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient) | Geburtsdatum, Geschlecht: ☐ m ☐ w

Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) | Telefon (geschäftlich)

Hausarzt

Bitte erinnern Sie mich ½ jährlich an meinen Vorsorge-Termin (Recall-Service) O Ja O Nein

O gesetzlich versichert
O beihilfeberechtigt
O privat versichert - nicht Basistarif
O privat versichert – Basistarif

Name der Krankenkasse / Versicherung:

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	
Osteoporose	☐ Ja ☐ Nein	
andere:		

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum	☐ Ja ☐ Nein	
Regelmäßige Medikamente (Marcumar, Plavix, ASS, Pradaxa, Xarelto, Bisphosphonat)	☐ Ja ☐ Nein	Seit wann: Name:
Frühere Röntgenuntersuchung	☐ Ja ☐ Nein	Datum: Körperteile:
Schwangerschaft	☐ Ja ☐ Nein	Welcher Monat:

Wichtige Informationen

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Anamnese und Recall durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7Abs. 3 DSGVO).
Sollten Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich gerne an unsere Mitarbeiter.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werde

Sollte die Versichertenkarte nicht 14 Tage nach erfolgter Behandlung vorliegen, müssen wir Ihnen die Behandlung privat in Rechnung stellen.

-Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann !

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

Datum Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter