

Seite 1: Beispiel, Peter

Herr
Beispiel Peter
Kurze Straße 12

69181 Leimen

Schwetzingen, 26.09.2019

Herr Beispiel,
um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Gesundheitsfragen.
Diesen detaillierten Fragebogen frischen wir **1x jährlich** auf.
Dies ist vom Gesetzgeber fest vorgegeben und ermöglicht uns dadurch immer den aktuellsten Stand Ihrer Anamnese.

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert - **nicht** im Basistarif: wo: _____
- Privat versichert - im Basistarif (nur bis 2,0 fachen Faktor)
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversichert - wo: _____
- keine Zusatzversicherung

Überweisender Zahnarzt / Arzt - Name

Hausarzt - Name

Handynummer (bitte angeben, falls kurzfristig Terminänderungen eintreten)

E-mail

Beruf

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Überwiesen von Zahnarzt: _____
- Empfohlen von _____
- Internet
- Jameda
- Google
- Social Media

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ausführlich und genau:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
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 künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Material:
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzasthma, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann:
sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
andere:		wenn ja, welche:
Allergien / Unverträglichkeiten:		
Lokalanästhetika (Betäubungsmittel)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welches:
Schmerzmittel (Allergie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Antibiotika (Allergie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Paladiumallergie ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
andere Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Weitere Erkrankungen:		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankungen	<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	wenn ja, welcher Typ: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Blutarmut (Anämie)	<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	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Seite 3: Beispiel, Peter		
Haben Sie Bisphosphonate schon einmal eingenommen bzw. nehmen Sie sie zurzeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(Diese Medikamente haben oft Carcinom bzw. Osteoporose - Patienten verabreicht bekommen!) wenn ja welches: wann: Dosis:
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hatten Sie jemals eine Carcinomerkrankung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welchen: wann:
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wegen welcher Erkrankung:
Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:

Allgemeine Angaben:		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, <input type="checkbox"/> ab und zu <input type="checkbox"/> öfter <input type="checkbox"/> täglich
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, <input type="checkbox"/> 0 - 10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag
regelmäßige Medikamente ? Bitte alle Medikamente angeben, dies ist für unsere Planung und chirurgische Behandlung sehr wichtig!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, bitte hier die Namen notieren: - - - - - - -
Nehmen Sie Aufputz- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Hat Ihr Zahnarzt ein aktuelles Röntgenbild von Ihnen, das nicht älter als 1 Jahr ist ? Dieses bitte zum Besprechungstermin mitbringen oder uns vorab per Email schicken. Bitte auf folgende Email: roentgen@praxis-dr-otto.de	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja geschickt per email: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Original dabei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welcher Monat:
liegt bei Ihnen oder in Ihrer Familie ein MRSA - Keim vor? (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja wann:
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte legen Sie uns diesen vor!
Liegt bei Ihnen ein Kreuzfelderkrankung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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.
- ✓ Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich Ihnen vorbehalten wird, wodurch lange Wartezeiten vermieden werden. Sollten Sie den jeweils vereinbarten Termin nicht einhalten können, müssen Sie diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderwertig verplanen können. Sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen, kann Ihnen gemäß § 611, 615 BGB eine Vergütung auf der Grundlage der einschlägigen Gebührenordnung in Rechnung gestellt werden. Dies gilt jedenfalls dann, wenn Sie den Termin aus eigenem Verschulden nicht wahrgenommen bzw. schuldhaft es versäumt haben, diesen rechtzeitig abzusagen. Ihr Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund (§ 626 BGB) bleibt hiervon unberührt.

Für diesen Fall berechnen wir Ihnen einen durchschnittlichen Kostenfaktor von 100,00 € pro Behandlungsstunde. Sollte uns eine anderwertige Vergabe des Termins kurzfristig möglich sein, wird Ihnen mangels Schaden nichts weiter berechnet. Bei Geltendmachung eines Ausfallshonorars bleibt Ihnen unbenommen, den Nachweis zu führen, dass ein Schaden konkret entweder gar nicht oder nicht in der benannten Höhe entstanden ist.

Wir bitten um Verständnis!

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



Schwetzingen, 26.09.2019

Datum

Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger (unter 18 Jahren)

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

Datum

Erziehungsberechtigter