

eBenmass

Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie

Göppingen

Patientenfragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geburtsname	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geburtsort
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail	Beruf	

Name der Krankenkasse / Versicherung

Versichert gesetzlich privat, nicht im Basistarif privat, im Basistarif beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt - Name, ggfs. Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, ggfs. Adresse, Telefon

Zahnarzt - Name, ggfs. Adresse, Telefon

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

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, 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	Unterschrift des Erziehungsberechtigten
-------	---

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

	Bitte ankreuzen	zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Herzklappenerkrankung /-defekt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Herzoperation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____

Infektionserkrankungen:

HIV	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Hepatitis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
andere:		_____

eBenmass

Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie

Göppingen

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

	Bitte ankreuzen	zusätzliche Informationen
Allergien / Unverträglichkeiten		
Lokalanästhetika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Antibiotika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
andere		_____

weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Rheuma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
andere:		_____

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Alkoholgenuss	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, <input type="radio"/> selten, <input type="radio"/> oft oder <input type="radio"/> regelmäßig
Raucher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, <input type="radio"/> 0 - 10 Zigaretten oder <input type="radio"/> mehr am Tag
Regelmäßige Medikamente /Medikamentenplan	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, seit wann / Name: _____ _____ _____
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, Datum / Körperteile _____ _____
Schwangerschaft	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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