

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer
Krankenkasse	Beruf / Arbeitgeber (freiwillig)	überwiesen durch

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist der Versicherte?

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer

Krankenkasse

Name: _____

- | | | |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> zusatzversichert |
| <input type="checkbox"/> vollversichert | <input type="checkbox"/> Standardtarif (1,7fach) | <input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- www.dr-baitz.de Bewertungsportal? Welches? _____
- Auf Empfehlung von? _____

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____ Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Allgemeinmedizinische Auskünfte

- Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Vertragen** Sie bestimmte Medikamente **nicht**? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente, Materialien oder andere Stoffe? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? _____

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

- Herzerkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie einen **Herzschrittmacher**? ja nein
- Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**? ja nein
- Kreislaufkrankungen** (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Stoffwechselstörungen** (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein
Wenn ja, welche? _____

Allergien / Atemwegserkrankungen (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma) ja nein
Wenn ja, welche? _____

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression) ja nein
Wenn ja, welcher? _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Gicht) ja nein
Wenn ja, welcher? _____

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht) ja nein
Wenn ja, welcher? _____

Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter) ja nein
Wenn ja, welcher? _____

Erkrankung der Augen (z. B. grauer Star, grüner Star) ja nein
Wenn ja, welcher? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS) ja nein

Hepatitis ja nein

Tuberkulose (Tbc) ja nein

MRSA ja nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Infektionskrankheiten _____

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol, Drogen** zu sich oder **Rauchen** Sie? ja nein

Wenn ja, welche und oder wie viele Zigaretten/ Tag? _____

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher/ hausärztlicher Behandlung? ja nein

Hausarzt	Adresse	Telefonnummer/ Email
----------	---------	----------------------

Facharzt	Adresse	Telefonnummer/ Email
----------	---------	----------------------

Zahnmedizinische Auskünfte

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf? ja nein

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr **Reaktionsvermögen im Straßenverkehr** nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns auch diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, **spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn**, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin anderweitig vergeben werden kann.

Recall-Service

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben oder angerufen, um Sie an die Vereinbarung einen Kontrolltermin zu erinnern. Sollten Sie **keine Teilnahme** an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service.

Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service. SMS Email telefonisch Post

Datenschutz

Ihre Behandlungsdaten sowie Bilder und Röntgenbilder werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

Eckernförde, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter