

**Patienten-Fragebogen**  
(bitte vollständig ausfüllen)

**Persönliche Angaben:**

weiblich       männlich       divers

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat / mobil)

\_\_\_\_\_  
Telefon (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

**Krankenkasse / Versicherung**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert                                | <input type="checkbox"/> Privat versichert          |
| <input type="checkbox"/> Nutzen Sie die elektronische<br>Patientenakte (ePA)? | <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung |
|   | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt         |
|   | <input type="checkbox"/> Basistarif / Standardtarif |

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:**

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Adresse

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung

Internet

Sonstiges:

Überweisender Arzt

Anzeige

Überweisender Arzt

Adresse

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Allgemeine Angaben:

Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein Wenn ja, welche Körperteile und wann?

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, welche Medikamente und seit wann?

Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat?

Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0 - 10  über 10 Zigaretten/Tag

Alkoholgenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig

Drogenkonsum  Ja  Nein

Pflegegrad (§ 15 SGB XI)  Ja  Nein Wenn ja, welcher Pflegegrad?

Befristung  Ja  Nein Fristablauf:

Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII)  Ja  Nein

Befristung  Ja  Nein Fristablauf:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck  Ja  Nein

Niedriger Blutdruck  Ja  Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt  Ja  Nein

Herzerkrankung  Ja  Nein

Herzoperation  Ja  Nein

Herzschrittmacher  Ja  Nein

andere:

Infektionserkrankungen:

HIV  Ja  Nein

Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<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	_____
Materialunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
andere:			_____

**Weitere Erkrankungen:**

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Geistige Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Genetische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Magen-Darm-Erkrankung	<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	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
andere:			_____

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter

Vereinbarung zum Ausfallkriterium bei  
Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten  
Behandlungstermins

zwischen

Zahnarzt

und

Patient/Zahlungspflichtigen/Geburtsdamen

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in meine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese **spätestens 24 Stunden vorher** absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Gemäß dieser Vereinbarung erlauben wir uns, Ihnen bei nicht fristgerechter Absage, die versäumte Zeit in Rechnung zu stellen.

Datum

Uhrzeit/Dauer

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzl.  
Vertreter