

Marco Josch **Praxis für Implantologie**
Ästhetische Zahnheilkunde

Gesundheitsfragebogen

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (Privat/Mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse/Versicherung

- Gesetzlich versichert Private Zusatzversicherung
 Privat versichert -----> a) Basistarif b) Standardtarif c) Notlagentarif

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

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 Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

bitte wenden

Bitte beantworten Sie folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich: zutreffendes bitte ankreuzen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- (ja) (nein) Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- (ja) (nein) Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- (ja) (nein) Herzklappenerkrankung/-defekt
- (ja) (nein) Herzinfarkt
- (ja) (nein) Herzschrittmacher
- (ja) (nein) Angina Pectoris

Infektionserkrankungen:

- (ja) (nein) HIV/AIDS
- (ja) (nein) Hepatitis
- (ja) (nein) Haut-/Geschlechtskrankheiten

Allergien/Unverträglichkeiten:

- (ja) (nein) Lokalanästhetika
- (ja) (nein) Antibiotika (z.B. Penicillin)

Weitere Erkrankungen:

- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörungen
- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Lungenerkrankung
- (ja) (nein) Schilddrüsenerkrankung
- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) Epilepsie
- (ja) (nein) Diabetes
- (ja) (nein) Nierenfunktionsstörung
- (ja) (nein) Ohnmachtsneigung

Andere _____

- (ja) (nein) Regelmäßige Medikamente ?

wenn ja welche :

- (ja) (nein) Raucher
- (ja) (nein) Alkoholgenuß
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass ?
- (ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn Ja, in welchem Monat?.....
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Röntgenpass ?

Vereinbarung Honorarausfall

- 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 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich möchte gerne an meine Folgetermine erinnert werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Langenhagen, den Unterschrift