



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxisklinik! Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig! Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name, Vorname		Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Wohnort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	Mobilfunk	eMail-Adresse
<input type="text"/>		
Krankenversicherung		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausärztin/-arzt	Zahnärztin/-arzt	Kieferorthopädin/-orthopäde

Leiden Sie an...

ja nein

ja nein

- ...Bluthochdruck?
- ...Herzschwäche?
- ...Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP?
- ...Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher?
- ...Asthma bronchiale?
- ...Lungenerkrankung?
- ...Nierenerkrankungen?
- ...Magen-, Darmerkrankungen?
- ...Lebererkrankungen?
- ...Hepatitis B, Hepatitis C?
- _____
Welche?
- ...HIV, AIDS?
- ...Rheuma?
- ...Osteoporose?
- ...Schilddrüsenerkrankungen?
- ...Glaukom (Grüner Star)?
- ...Krampfanfällen, Epilepsie?
- ...Depressionen?
- ...Krebserkrankungen?
- _____
Welche?
- ...Bestrahlungstherapie?
- ...Chemotherapie?
- ...Allergien?
- _____
Welche?

- Haben sie ein Kunstgelenk?
- Hatten Sie bereits einen Schlaganfall?
- Bekommen Sie eine Dialyse?
- Haben Sie eine künstliche Herzklappe?
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
- Rauchen Sie?
- Nehmen Sie Drogen?
- Sind Sie schwanger?
- Nehmen Sie Marcumar, ASS, Plavix?
- Nehmen Sie Bisphosphonate?
- Nehmen Sie sonstige Medikamente?
- _____
Welche?

Datum

Unterschrift



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise bei meinem Zahnarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen weiterzuleiten. Mein Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden, und nicht an Dritte weitergeben.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin nicht einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten