



## Patienten-Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können.

Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Michael Astfalk weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

---

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Ort, Geschlecht:  m  w

---

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

---

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

---

E-Mail Beruf

---

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert

Gesetzlich mit privater Zusatzversicherung

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Besitzen Sie einen Röntgenpass? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie einen Röntgenpass? \_\_\_\_\_

---

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

---

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

**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 Erziehungsberechtigter

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

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen und Medikamente (Name/Jahr)
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen:</b>		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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:	_____	_____
<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>		
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	_____
Andere:	_____	_____
<b>Weitere Erkrankungen:</b>		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Andere:	_____	_____
<b>Allgemeine Angaben:</b>		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag
Weitere regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann / Name:
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile:
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat:
Pflegegrad nach § 15 SGB XI	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Pflegegrad:
Befristung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fristablauf:
Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Befristung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fristablauf:

Wichtige Informationen:

Aufklärung über Risiken bei Leitungsanästhesie im Unterkiefer

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass in seltenen Fällen die Gefahr besteht, dass beim Einstechen der Nadel der Nervus mandibularis oder Nervus lingual reversibel oder irreversibel geschädigt werden kann. Das äußert sich nach Nachlassen der Anästhesie durch anhaltendes Kribbeln oder in vorübergehender teilweiser oder vollständiger Taubheit im Anästhesiebereich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme mitzuteilen. Die gesundheitlichen Risiken müssen alle 12 Monate überprüft und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Wie wurden Sie auf unsere  
Praxis aufmerksam?

---

**Wichtige Informationen:**

- Hiermit bestätige ich, dass ich **nicht** im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.
- 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.

---

Datum:

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter