

Patienten-Fragebogen

.....

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum

.....

Nachname, Vorname (Versicherter) Geburtsdatum

.....

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

.....

Telefon (privat/mobil) Telefon (geschäftlich)

.....

E-Mail Arbeitgeber

.....

Name der Krankenkasse/Versicherung

.....

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	Ja, und zwar:	Nein
Herz-/Kreislaufkrankungen		
Hepatitis		
Diabetes		
Nierenfunktionsstörungen		
Tuberkulose		
AIDS/HIV		
Blutgerinnungsstörungen		
Asthma		
Allergien		
Sonstige		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?		

Alle Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt. Nach einer örtlichen Betäubung kann die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein. Bei einer Spritze im Unterkiefer ist eine Nervschädigung nicht völlig auszuschließen.

Ich möchte regelmäßig an fällige Kontrolltermine erinnert werden: Ja Nein

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

.....

Datum Unterschrift