

Patientenfragebogen

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtstag

Geschlecht

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon (privat)

Telefon (tagsüber)

E-Mail-Adresse

Beruf

Name der Versicherung

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt, Name, Adresse, Telefon

Hausarzt, Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtstag

Geschlecht

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

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



Gesundheitszustand

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Medikamente

Infektionserkrankungen

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hepatitis A,B oder C | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

andere:

Medikamente

Allergien/Unverträglichkeit

- | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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:

Weitere Erkrankungen

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Grauer Star | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

andere:

Medikamente





WINKLER

Gesundheitszustand

Weitere wichtige Angaben für die Behandlung mit Lachgas:

Emphysem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Chron. obstrukt. Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Augen-OP mit Gasblase	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eingeschränkte oder behinderte Nasenatmung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gabe von Zytostatika / Chemotherapeutika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nasennebenhöhlen Probleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ileus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schlafmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Alkohol-/ Drogenabusus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Vitamin B12 Mangel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn Ja, was:

Allgemeine Angaben

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 Zigaretten am Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann und welche: _____ _____
Frühere Röntgenuntersuchungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Datum und Körperteile: _____ _____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat: _____

Wichtige Informationen

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 bestätige, dass alle angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen und ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

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

Datum

Unterschrift Patient/in & Zahlungspflichtige/r | Erziehungsberechtigte/r



Zahnarztpraxis Dr. Gero Winkler
Königswinterer Str. 675
53227 Bonn-Oberkassel

Telefon 0228 44 06 18
Telefax 0228 92 96 86 98
E-Mail praxis@zahnarzt-winkler-bonn.de
zahnarzt-winkler-bonn.de

Kreissparkasse Köln
IBAN DE72 3705 0299 0000 6283 56
BIC COKSDE33XXX