

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art oder eine Schwangerschaft können Auswirkungen auf die bei Ihnen anstehende Behandlung haben und müssen daher unbedingt berücksichtigt werden, um unnötige Komplikationen zu vermeiden. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse sorgfältig aus.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir gerne.



Dr. Kathrin Wend  
Dr. Elisabeth Held  
Dr. Andreas Stumpf

Dr. Alexander Himbert  
Dr. Ralph Kastenholz  
Dr. Patrick Stumpf

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Was führt Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Fragen für Privatversicherte:

Name Ihrer Versicherung: \_\_\_\_\_

- Ich bin regulär privat versichert.  
 Ich bin beihilfeberechtigt.  
 Ich bin in einem Sondertarif:  
 (Basistarif / Standardtarif)

### Fragen zur Person:

Haben Sie gelegentlich Zahnfleischbluten?  
 Knirschen Sie mit den Zähnen?  
 Haben Sie an Ihren Zähnen Verunreinigungen festgestellt,  
 die Sie nicht mit der Zahnbürste entfernen können?  
 Sind Sie unzufrieden mit der Farbe Ihrer Zähne?  
 Hatten Sie schon eine professionelle Zahnreinigung?

- Ja  Nein  
 Ja  Nein  
 Ja  Nein  
 Ja  Nein  
 Ja  Nein

### Wurden oder werden Sie wegen einer der folgenden Krankheiten behandelt?

Herz- /Kreislauferkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Grüner Star	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzoperationen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Rheuma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzklappenprothesen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Ansteckende Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzinfarkt im letzten Jahr	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Immunschwäche (HIV,Aids)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hepatitis A/B/C	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Chronische Erkrankung der Atemwege/Asthma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutdruckerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nervenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> zu hoch <input type="radio"/> schwankend	<input type="radio"/> zu niedrig
Pflegegrad (1) (2) (3) (4) (5)		Andere ernsthafte Erkrank.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Leiden Sie an **Allergien**?  Ja  Nein Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie eine **Blutgerinnungsstörung**?  Ja  Nein  
 Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente ein?  Ja  Nein Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_  
 Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?  Ja  Nein Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_  
 Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?  Ja  Nein Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_  
 Rauchen Sie?  Ja  Nein  
 Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?  Ja  Nein Wenn **Ja**, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr **Hausarzt**, Ort? \_\_\_\_\_

Wir sind eine Bestellpraxis und möchten Sie aus organisatorischen Gründen bitten, Ihre Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Mehrfach nicht eingehaltene bzw. zu kurzfristig abgesagte Termine können nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Den zugehörigen Gesetzestext können Sie in unserem Patienten-Ordner im Wartezimmer nachlesen. Dort finden Sie auch ausführliche Informationen zur Behandlung unter Lokalanästhesie und den neuen Datenschutzrichtlinien der DSGVO. Wir möchten Sie bitten sich dies durchzulesen. Gerne händigen wir Ihnen auch ein Exemplar aus. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in unsere aktuellen Datenschutzrichtlinien ein.

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Speyer, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_