

Wir erfüllen Ihren Traum –  
sanfte Zahnbehandlung in Hypnose.



## Fragebogen für Patienten

-----  
Nachname, Vorname

-----  
Geburtsdatum

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
Postleitzahl, Ort

-----  
Telefon (privat)

-----  
Telefon (geschäftlich)

-----  
E-Mail

-----  
Beruf

gesetzlich versichert

privat versichert

privat Basistarif

---

### Evtl. alternativer Zahlungspflichtiger:

-----  
Name, Vorname (Zahlungspflichtiger)

-----  
Geburtsdatum

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
Postleitzahl, Ort

---

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger bzw. nicht voll geschäftsfähiger Personen

Ist der Patient minderjährig oder nicht voll geschäftsfähig, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten bzw. Vormundes/Betreuers notwendig.

-----  
Name des Stellvertreters

-----  
Telefon

-----  
Datum

-----  
Unterschrift

## Fragen zu Vorerkrankungen des Patienten

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenerkrankung   | <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 |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Infektionserkrankungen

- |           |                             |                               |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|
| HIV       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| TBC       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Allergien/Unverträglichkeiten

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Lokalanästhetika (Spritze) | <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                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Weitere Erkrankungen

- |                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 |
| Osteoporose            | <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 |
| Nierenerkrankung       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohnmachtsneigung       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Allgemeine Angaben

- |  |                             |                               |                                  |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Raucher  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 0-10 | <input type="checkbox"/> über 10 | <input type="checkbox"/> Nein |
| Frühere Röntgenuntersuchungen                      | <input type="checkbox"/> Ja |                               |                                  | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwangerschaft/Stillzeit                          | <input type="checkbox"/> Ja |                               |                                  | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche? | <input type="checkbox"/> Ja |                               |                                  | <input type="checkbox"/> Nein |

- 
- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Wären Sie evtl. an einer Behandlung in Hypnose interessiert? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie übermäßige Zahnarztangst?                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wollen Sie an Termine telefonisch erinnert werden?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?                 |                             |                               |
- 

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden 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, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten an die Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V., Wittelsbacherstr. 15, 86641 Rain am Lech, zum Zwecke der Einziehung meiner Honorarforderung bei ausbleibender Zahlung.

Ich bin mir bewusst, dass ich dieses Einverständnis freiwillig erstellt habe und jederzeit widerrufen kann.

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

Deggendorf, den .....

Unterschrift .....