

# Patienten-Fragebogen



IMPLANTOLOGIE  
ORALCHIRURGIE  
BIBERACH

FACHZAHNARZTPRAXIS DEURINGER

Praxis für Implantologie Oralchirurgie Biberach, Philipp Deuringer  
Wolfentalstraße 49, 88400 Biberach

|   |   |
|---|---|
| <b>Nachname, Vorname (Patient)</b>  | <b>Geburtsdatum, Geschlecht m/w/d</b>                     |
| <b>Straße, Hausnummer</b>   | <b>Postleitzahl, Ort</b>                                  |
| <b>Telefon (mobil)</b>  | <b>E-Mail</b>   |
| <b>Krankenkasse / Versicherung</b><br><input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert<br><input type="checkbox"/> Privat versichert<br><input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt<br><input type="checkbox"/> Privat versichert/Basistarif/Postbeamnt   |   |
| <b>Überweisender Zahnarzt/Arzt</b>  |   |
| <b>Name (Telefon, Adresse)</b>  |   |
| <b>Bitte beantworten Sie wenn möglich folgende Fragen:</b>  |   |
| 1. Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis)?  | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehmen Sie weitere Medikamente ein?  | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>  |   |
| 3. Leiden Sie unter einer Gerinnungsstörung (Hämophilie, Willebrandt-J.S., Faktor V Leiden)   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie Allergien gegen Medikamente, Lokalanästhetika oder Materialien?  | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>  |   |
| 5. Gibt, oder gab, es nennenswerte Erkrankungen (Herz, Leber, Lunge, Tumore u.s.w.)?  | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>  |   |
| 6. Rauchen Sie mehr als drei Zigaretten am Tag?   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder stillen Sie?   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Gab es bislang bei zahnärztlichen Behandlungen Ohnmacht oder Komplikationen?   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>  |   |
| <p>Hinweis: 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, und vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Ein nicht rechtzeitig abgesagter Termin kann in Rechnung gestellt werden und wird mit 250€ pro ½ Stunde berechnet. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.</p> |   |

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter