

Patientenfragebogen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift
(Adresse, PLZ, Ort) _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Wie sind Sie versichert?

Privat Privat (Basistarif)
Kasse nicht versichert

Behandelnder Hausarzt:

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____

Haben Sie folgende Erkrankung?

Herz- / Kreislauferkrankung ja
wenn ja, welche _____

Diabetes Typ I ja Typ II ja
Osteoporose ja
Augenerkrankungen ja
wenn ja, welche _____

Asthma ja
Chronische Bronchitis ja
Blutgerinnungsstörungen ja
Blutkrankheiten ja
Ohnmachtsneigungen ja

Zahnärzte

Martina Jonscher
Dr. Sebastian Jonscher

Anschrift:

Hans-Otto-Str. 42B
10407 Berlin

Sprechzeiten:

Mo / Mi / Do
09.00 – 19.00 Uhr
Di 08.00 – 19.00 Uhr
Fr 08.00 – 14.00 Uhr

Telefon:

030 / 42 13 779

Fax:

030 / 49 85 53 10

E-Mail:

willkommen@praxis-jonscher.de

Internet:

www.praxis-jonscher.de

Bankverbindung:

Deutsche Bank 24
Kto.-Nr.: 7533516
BLZ: 100 700 24

Name _____

Infektionskrankheiten (z.B. TBC, HIV, Hepatitis usw., auch wenn diese schon zurückliegen angeben)

ja

Wenn ja, welche _____

Rheuma ja

Arthritis ja

Sonstige Erkrankungen (bitte geben sie alles an, was Ihnen wichtig erscheint) ja

Haben Sie Allergien? ja

Wenn ja, welche

Wurde bei Ihnen jemals eine Chemotherapie durchgeführt? ja

Wurde bei Ihnen jemals eine Bestrahlung durchgeführt? ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / Tabletten ein? ja

Wenn ja, welche

Rauchen Sie? ja wie viel _____

Trinken Sie Alkohol? ja oft regelmäßig selten

Wurden Sie innerhalb der letzten 2 Jahre im Kopf-Hals-Bereich geröntgt? ja

Wünschen Sie über besondere Leistungen unserer Praxis beraten zu werden? ja

Um eine regelmäßige Vorsorge zu realisieren haben wir einen Erinnerungsservice für unsere Patienten eingerichtet. Möchten Sie von uns benachrichtigt werden? ja

per Post per Email per Telefon

Auf welchem Weg haben Sie von uns gehört?

Hinweis!

Liebe Patienten,

wir arbeiten in erster Linie nach Terminvergabe, um einen geregelten Behandlungsverlauf sicherstellen zu können. Um das zu realisieren und Wartezeiten so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie zu Ihren Terminen pünktlich zu kommen. Für einen reibungslosen Ablauf unserer Sprechstundenzeiten sollten Termine, wenn unumgänglich, rechtzeitig (mind. 24h vorher) abgesagt werden. Vielen Dank.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Name