



## 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  ja      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](mailto:willkommen@praxis-jonscher.de)

### Internet:

[www.praxis-jonscher.de](http://www.praxis-jonscher.de)

### Bankverbindung:

Deutsche Bank 24

IBAN:  
DE97100700240753351600  
BIC:  
DEUTDE33

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. Sollte dies nicht erfolgen berechnen wir nach §§ 615, 293 BGB ein Ausfallhonorar in Höhe von 60 € je halbe Stunde und die Zahnreinigung anteilig zu 80%.

Vielen Dank.

Ihr Praxisteam Jonscher

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit beschriebenem Vorgehen einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in / Sorgeberechtigte/r