

Patientenfragebogen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift
(Adresse, PLZ, Ort) _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Wie sind Sie versichert?

Privat
Kasse

Privat (Basistarif)
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

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

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