

# Patienten-Fragebogen

Praxis Dr. med. Oliver Zernial, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Germania Arkaden, Willy- Brandt- Ufer 10, 24143 Kiel



Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

## Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert

Beihilfeberechtigt

Privat versichert

Privat versichert / Basistarif / KBV / Postbeamt.

## Überweisender Zahnarzt / Arzt

Name (falls vorhanden Telefon, Adresse)

## Bitte beantworten Sie wenn möglich die folgenden Fragen:

- Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünner (u.a. ASS, Macumar, Xaltero)?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Gerinnungsstörung (Hämophilie, Willebrandt-J.S., Faktor V Leiden)?  Ja  Nein
- Haben Sie Allergien gegen Medikamente, Lokalanästhetika oder Materialien?  Ja  Nein
- Gibt es nennenswerte Erkrankungen (Herz, Leber, Lunge, Tumore)?  Ja  Nein
- Rauchen Sie mehr als drei Zigaretten am Tag?  Ja  Nein
- Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder stillen Sie?  Ja  Nein
- Gab es bislang bei zahnärztlichen Behandlungen Ohnmacht oder Komplikationen  Ja  Nein

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

Datum:

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter