

# Markus Nordt

- Zahnarzt -

Am Gipsbruch 4  
38239 Salzgitter  
Tel.: 05341-26175  
FAX: 05341-8677967

## Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

-----		
Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum	
-----		
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
-----		
Telefon (privat/mobil)	geschäftlich	E-Mail

**Nachname, Vorname, Geb.Datum, Wohnort d. Versicherten (Zahlungspflichtigen) bei Minderjährigkeit des Patienten  
Für Privatpatienten:**

-----  Ich bin Beihilfeberechtigt

Name der Versicherung/ Priv. Zusatzversicherung / Krankenkasse

-----  
Hausarzt – Name, Telefonnummer

**Bonusheft** ohne Unterbrechung \_\_\_\_\_ Jahre rückwirkend abgestempelt **Bonusheft** nicht vorhanden

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich!**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie unter  Mundgeruch  Zahnfleischbluten  Kopf-/Nackenschmerzen  Metallgeschmack

Schwangerschaft  ja  nein Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente  ja  nein Wenn ja, welche (bitte Rückseite benutzen!)

**Gesundheitszustand :**

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Infektionskrankheiten :**

HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	andere: _____		

**Weitere Erkrankungen :**

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bi-Phosphat-Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

(evtl. bei Osteoporose-Patienten)

**Bitte beachten Sie den Hinweis auf der Rückseite!**

**Hier tragen Sie bitte Ihre Medikamente ein:**

Wichtige Informationen:

- \* Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.  
Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.
- \* Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen zu informieren.
- \* Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- \* Ich bestätige mit meiner Unterschrift, das ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Datum und Unterschrift des Patienten