

# DR. MATHIAS BIRCH

Zahnheilkunde · Prophylaxe

Alte Elbgaustraße 8b · 22523 Hamburg  
Tel.: 040 / 570 36 11 · Fax: 040 / 570 34 64  
praxis@dr-birch.de · www.dr-birch.de

## Patientenfragebogen

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Versicherung / Krankenkasse

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung  
(außer bei akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum

Erziehungsberechtigter

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen  
zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Ja  Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Ja  Nein

Herzerkrankung

Ja  Nein

Herzoperation

Ja  Nein

Herzschrittmacher

Ja  Nein

**Gesundheitszustand  
Infektionserkrankungen:**

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

- HIV  Ja  Nein  
Hepatitis  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein

andere: \_\_\_\_\_

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhetika  Ja  Nein  
Schmerzmittel  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein

andere: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

- Blugerinnungsstörungen  Ja  Nein  
Asthma  Ja  Nein  
Lungenerkrankungen  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Rheuma  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Diabetis  Ja  Nein  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
Ohnmachtsneigung  Ja  Nein

andere: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**

- Raucher  Ja  Nein  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann / Name:

- Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein

Wenn ja, Datum / Körperteile:

- Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

**Wichtige Informationen:**

- » 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.
- » 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, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter