

PATIENTENFRAGEBOGEN



_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße	_____ Größe (cm)
_____ PLZ, Ort	_____ Gewicht (kg)
_____ Beruf, Arbeitgeber	
_____ Krankenversicherung	_____ Versichertennummer
_____ Zahnarzt/KFO	_____ Hausarzt

HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Herz- Kreislauferkrankung
(z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, Schlaganfall,
Thrombose, Bypass, Herzkatheter/Stent, Schrittmacher, Herzklappe) _____ ja nein

Zuckerkrankheit – Fettstoffwechselkrankheit _____ ja nein

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, Bronchitis, Embolie) _____ ja nein

Blutungsneigung, Blutkrankheit, blutverdünnende Medikamente _____ ja nein

Infektionskrankheit _____ ja nein

Anfallsleiden – Nervenerkrankung – Depression _____ ja nein

Tumorerkrankung _____ ja nein

Sind Allergien oder
Unverträglichkeiten bekannt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
Wenn ja, welche?

Gibt es aktuelle Röntgenaufnahmen der Zähne/der Kiefer? ja nein

Sonstiges

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung
und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter
Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen
Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverord-
nung (DSGVO) ein.

Datum, Unterschrift (Patient/Erziehungsberechtigte)

Dr. med. Dr. med. dent.

**joachim
meurer**

Praxis für Kiefer-Gesichts-Chirurgie und Ästhetik

Overbergstraße 2
49377 Vechta

Tel. 04441 2224
mail@praxis-jm.de

Commerzbank
IBAN DE98 2804 2865 0595 0340 01

www.praxis-jm.de