



Patient Questionnaire

Patient contact details	
Last Name:	
First Name:	
Address:	
Address:	
Date of Birth:	
Insured status:	
The next seven details are optional!	
Phone number (home):	
Phone-number (mobile):	
Email:	
Occupation:	
Primary Physician/name:	
Primary Physician/phone:	
Primary Physician/address:	

Please answer the following questions about your state of health as accurately as possible. This information is subject to medical privacy and data protection laws and will be handled with strict confidentiality.

Herz-/Kreislaufferkrankungen	Heart/cardiovascular diseases	
Hoher Blutdruck:	High blood pressure:	☐ yes ☐ no
Niedriger Blutdruck:	Low blood pressure:	☐ yes ☐ no
Herzklappenfehler:	Heart valve disease:	☐ yes ☐ no
Herzklappenersatz:	Heart valve replacement:	☐ yes ☐ no
Herzschrittmacher:	Pacemaker:	☐ yes ☐ no
Endokarditis:	Endocarditis:	☐ yes ☐ no
Herzoperation:	Heart surgery:	☐ yes ☐ no
Immunsupprimierte Patienten	Immunosuppressed patients	
Hochgradige Neutropenie:	Severe neutropenia:	☐ yes ☐ no
Mukoviszidose-Erkrankung:	Cystic fibrosis:	☐ yes ☐ no
Organtransplantiert:	Organ transplant:	☐ yes ☐ no
Stammzellentransplantiert:	Stem cell transplant:	☐ yes ☐ no
Infektiöse Erkrankungen	Infectious diseases	
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	HIV/AIDS:	☐ yes ☐ no
Lebererkrankung/Hepatitis:	Liver disease/Hepatitis:	☐ yes ☐ no
Tuberkulose:	Tuberculosis:	☐ yes ☐ no
MRSA:	Other infectious diseases (MRSA):	☐ yes ☐ no
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):	Creutzfeldt-Jakob disease (CJD)/New variant Creutzfeldt-Jakob disease (vCJD):	☐ yes ☐ no



Sonstige Krankheitsbilder	Other diseases		
Anfallsleiden (Epilepsie):	Epilepsy:	☐ yes	☐ no
Asthma/Lungenerkrankung:	Asthma/lung diseases:	☐ yes	☐ no
Blutgerinnungsstörungen:	Blood clotting disorders:	☐ yes	☐ no
Diabetes/Zuckerkrankheit:	Diabetes:	☐ yes	☐ no
Drogenabhängigkeit:	Drug dependency:	☐ yes	☐ no
Nervenerkrankung:	Nerve disease:	☐ yes	☐ no
Nierenerkrankungen:	Kidney diseases:	☐ yes	☐ no
Ohnmachtsanfälle:	Fainting spells:	☐ yes	☐ no
Osteoporose Erkrankung:	Osteoporosis:	☐ yes	☐ no
Raucher:	Smoker:	☐ yes	☐ no
Rheuma/Arthritis:	Rheumatism/arthritis:	☐ yes	☐ no
Schilddrüsenerkrankung:	Thyroid disease:	☐ yes	☐ no
Sonstige Erkrankungen:	Other diseases:		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten	Allergies or intolerances		
Lokalanästhesie/Spritzen:	Local anesthesia/injections:	☐ yes	☐ no
Antibiotika:	Antibiotics:	☐ yes	☐ no
Schmerzmittel:	Pain medication:	☐ yes	☐ no
Metalle/welche:	Metals:		
Schwangerschaft	Pregnancy		
Besteht eine Schwangerschaft?	Are you pregnant?	☐ yes	☐ no
Wenn ja, in welchem Monat?	If yes, what month?	Monat: Month:	
Röntgen	X-Rays		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Have you had dental x-rays?	☐ yes	☐ no
Wenn ja, wann?	If yes, when?	Monat/Jahr: Month/Year:	
Einnahme von Medikamenten	Medication		
Welche Medikamente:	Which medication:	seit/since:	
Weitere Medikamente:	Other medication:	seit/since:	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	Do you take bisphosphonates?	☐ yes	☐ no
		seit/since:	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Are you receiving chemotherapy medication?	☐ yes	☐ no
		seit/since:	
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	Are you receiving radiation therapy for cancer?	☐ yes	☐ no
		seit/since:	
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	Are you taking high-dosage steroids / immunosuppressants?	☐ yes	☐ no
		seit/since:	
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Have you had major surgery carried out in hospital?	☐ yes	☐ no
	Datum/date:		



Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden.

I hereby authorise the electronic storage, processing and use of my data for internal operational procedures.

☐ yes

☐ no

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

I agree to immediately report any and all changes arising during the entire treatment period.

I further agree to keep all scheduled treatment appointments or to cancel them at least 24 hours prior to the scheduled appointment. I understand that appointments not cancelled in time will be billed.

....., Date.....Signature: