



Patientenfragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Die von Ihnen angegebenen Daten, werden von uns selbstverständlich, gemäß der ärztlichen Schweigepflicht, vertraulich behandelt und nur mit Ihrer ausdrücklichen Einverständniserklärung an Dritte weitergegeben.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an kompetente Mitarbeiter unserer Praxis.

Herzlichen Dank, Ihr Praxisteam!

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Straße / Nr.

.....
PLZ / Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

.....
Telefon privat

.....
Telefon geschäftlich

.....
Telefon mobil

.....
E-Mail

.....
Beruf

.....
Arbeitgeber

ich bin beihilfeberechtigt

.....
Hausarzt (wenn bekannt, bitte Name, Adresse und Rufnummer angeben)

.....
Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist die versicherte Person?

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Straße / Nr.

.....
PLZ / Ort

.....
Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

Waren Sie bis vor kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber bestimmter Medikamente vor?

Ja Nein
Wenn ja, gegen welche?

Liegen Allergien vor?

Ja Nein Wenn ja, welche / gegen: Heuschnupfen Asthma Hautausschläge

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein Latex / Gummi zahnärztliche Betäubungen

Penicillin Jod

andere:

Leiden oder litt Sie an einer Krankheit in den folgenden Bereichen?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| Erkrankungen des Herzens
(Herzinfarkt, Angina pectoris etc.) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrankungen des Kreislaufs | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Erkrankungen der Nieren | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Erkrankungen der Nerven | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Anfallsleiden / Krampfleiden
(z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Migräne | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Störungen der Blutgerinnung,
häufiges Nachbluten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Erkrankungen der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutarmut | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Infektionskrankheiten
(z.B. Tbc, AIDS, Hepatitis, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Rheuma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrankungen der Leber
(z.B. Hepatitis, Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Unfälle, Verletzungen, Operationen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckerkrankheit
zuletzt gemessener Wert: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein Wenn ja, seit wann?

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja,

0-10 Zigaretten am Tag

über 10 Zigaretten am Tag

Wir bedanken uns für Ihre Mühe. Gestatten Sie uns noch eine letzte Frage:

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

Ja Nein

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter