

## 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!

### 1. Patientendaten

.....  
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

Wenn Sie als Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten erforderlich:

.....  
Datum

.....  
Erziehungsberechtigter

Wenn die Anschrift für Rechnungen von Ihrer vorher angegebenen Anschrift abweicht, bitte nachfolgend die entsprechenden Angaben vervollständigen.

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Straße / Nr.

.....  
PLZ / Ort

## 2. Ihr Anliegen

Warum begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung?

.....

Kontrolluntersuchung?

Ja  Nein

Beratungsgespräch?

Ja  Nein

Wenn ja, über:

- Füllungstherapie
- Zahnersatz
- Zahnfleischveränderungen
- Ästhetische Veränderungen
- Implantate

.....

Haben Sie Zahnschmerzen?

Ja  Nein

.....  
Wenn ja, wo?

Haben Sie häufig Zahnfleischbluten?

Ja  Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

.....

### 3. Allgemeiner Gesundheitszustand

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

Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßg Medikamente ein?

Ja  Nein

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber bestimmter Medikamente vor?

Ja  Nein

Liegen Allergien vor?

Ja  Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja  Nein

.....  
Wenn ja, welche?

.....  
Wenn ja, gegen welche?

Wenn ja, welche / gegen:

Heuschnupfen

Asthma

Hautausschläge

Latex / Gummi

zahnärztliche Betäubungen

Penicillin

Jod

andere:

.....

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

Erkrankungen des Herzens  
(Herzinfarkt, Angina pectoris etc.)

Ja  Nein

Erkrankungen des Kreislaufs

Ja  Nein

Hoher Blutdruck

Ja  Nein

Niedriger Blutdruck

Ja  Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher

Ja  Nein

Störungen der Blutgerinnung,  
häufiges Nachbluten

Ja  Nein

Blutarmut

Ja  Nein

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrankungen der Leber<br>(z.B. Hepatitis, Gelbsucht)      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckerkrankheit<br>(zuletzt gemessener Wert: ..... )       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrankungen der Nieren                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrankungen der Nerven                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anfallsleiden / Krampfleiden<br>(z.B. Epilepsie)           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Migräne  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrankungen der Schilddrüse                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Infektionskrankheiten<br>(z.B. Tbc, AIDS, Hepatitis, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rheuma   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unfälle, Verletzungen, Operationen                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn ja, bitte kurze Angaben machen:

.....

Andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden:

.....

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

Wenn ja :     telefonisch     per Post     per E-Mail

.....

Ort / Datum

.....

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter