

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen auf Vorder- und Rückseite vollständig auszufüllen. Damit tragen Sie bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand bestmöglich beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können. Alle auf diesem Blatt erhobenen Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihre persönlichen Daten

Patient

Vorname

Name

Straße

PLZ Ort

Telefon

Geburtstag

Versicherter (falls abweichend von Patient)

Vorname

Name

Straße

PLZ Ort

Telefon

Geburtstag

Beruf

Arbeitgeber

Straße

PLZ Ort

Telefon

Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse

gesetzliche Kasse freiwillig versichert

Privatkasse beihilfeberechtigt

Fragebogen zur Gesundheit

▶ Aus welchem Grund sind Sie zu uns gekommen?

Inspektion, Unfall, Vertretung, Empfehlung durch _____

▶ Haben Sie Zahnschmerzen? Wenn ja:

ja nein

Wo? Zähne/Zahnfleisch

Wann? immer/nachts/beim Essen (heiß/kalt)/beim Beißen/beim Bücken

▶ Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch?

ja nein

Blutung/Rückgang

▶ Beobachten Sie Zahnlockerung oder dass Zähne wandern?

ja nein

▶ Hatten Sie eine Parodontosebehandlung?

ja nein

▶ Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?

ja nein

▶ Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt?

ja nein

▶ Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung – wenn ja, bei welchem Arzt? ja nein

Hausarzt: _____ Facharzt: _____

▶ Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht – wenn ja, welche? ja nein

▶ Benötigen Sie ständig Medikamente – wenn ja, welche? ja nein

▶ Leiden Sie an **Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Asthma)? ja nein

▶ Besitzen Sie einen **Allergiepass**? ja nein

▶ Hatten oder haben Sie ein **Anfallsleiden** (Epilepsie/Krämpfe)? ja nein

▶ Leiden Sie an einer **Blutgerinnungsstörung**? ja nein

▶ Nehmen Sie Medikamente zur **Blutverdünnung** (z.B. Marcumar®, ASS®)? ja nein

▶ Haben oder hatten Sie eine **Herzerkrankung**
(z.B. Herzinfarkt, Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Endokarditis) ja nein

▶ Bestehen zur Zeit oder bestanden **Infektionskrankheiten**? ja nein
(z.B. Gelbsucht, Tuberkulose, HIV)

▶ Leiden Sie unter **Kreislaufferkrankungen**? ja nein
(z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thromboseneigung)

▶ Haben oder hatten Sie eine **Lebererkrankung**? ja nein

▶ Haben oder hatten Sie **Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen**? ja nein

▶ Haben oder hatten Sie eine **Schilddrüsenerkrankung**? ja nein

▶ Leiden Sie an **Diabetes** (Zuckerkrankheit)? ja nein

▶ Haben oder hatten Sie eine **Krebserkrankung**? ja nein

▶ Haben Sie die Augenkrankheit **Grüner Star**? ja nein

▶ Bei Patientinnen: besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein

Wenn ja, im wievielten Schwangerschaftsmonat befinden Sie sich? _____

▶ Welche **sonstigen Erkrankungen** bestehen zur Zeit? _____

Endlich haben Sie es geschafft!

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen bei irgendeinem Thema Probleme bereitet haben, so sprechen Sie Ihren Behandler bitte darauf an. Je besser informiert er ist, desto sorgfältiger kann er Sie auch behandeln.

Bitte beachten Sie auch, dass Ihre Reaktionsfähigkeit nach Anwendung einer lokalen Betäubungsspritze eingeschränkt sein kann.

Ich bin damit einverstanden dass meine Patientenunterlagen an einen eventuellen Praxisnachfolger weitergegeben werden können. Sollte ich innerhalb 10 Tagen keine gültige Versichertenkarte abgegeben haben, so wünsche ich eine private Berechnung auf Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Datum

Unterschrift des Patienten