

# Patientenfragebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Nehmen Sie sich bitte ein paar Minuten Zeit und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen. Die gewissenhafte Beantwortung ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Patient    
Name, Vorname Geburtstag

Anschrift    
Straße, Hausnummer PLZ Ort

Telefon privat Telefon geschäftlich Telefon mobil

Email

Beruf    
Beruf Arbeitgeber / Ort

Mitglied /    
Zahlungspflichtiger Name, Vorname Geburtstag  
(bei Kindern

Erziehungsberechtigter)    
Straße, Hausnummer PLZ Ort

Telefon privat Telefon geschäftlich Telefon mobil

Versicherungsstatus  privat versichert  gesetzlich versichert  
 Beihilfe  Pflichtversichert  Zuzahlungsbefreiung  
 Standard  Freiwillig versichert  Zusatzversicherung  
 Vollversichert

Überweisender Arzt   
Name Adresse Telefon


Hausarzt   
Name Adresse Telefon

# Patientenfragebogen




Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

	ja	nein	Medikamente
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenerkrankung /-defekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	


## Infektionserkrankungen

	ja	nein	Medikamente
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

andere:



## Allergien / Unverträglichkeiten

	ja	nein	Medikamente
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antibiotika (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

andere:



## Weitere Erkrankungen

	ja	nein	Medikamente
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

andere:



# Patientenfragebogen



## Allgemeine Angaben

	ja	nein		
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, <input type="checkbox"/> selten, <input type="checkbox"/> oft, <input type="checkbox"/> regelmäßig	
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10, <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten / Tag	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (z.B. Ass 100, Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Woche?	<input type="text"/>
Haben Sie häufig Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-Hals-Bereich geröntgt?				<input type="text"/>

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bleaching / Zahnaufhellung        | <input type="checkbox"/> Kinderprophylaxe             |
| <input type="checkbox"/> Gold- bzw. Keramikinlays          | <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung |
| <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch und Alternativen | <input type="checkbox"/> Zahnersatz                   |
| <input type="checkbox"/> Implantate                        |   |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Möchten Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

	ja	nein	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, dann per <input type="checkbox"/> Anruf, <input type="checkbox"/> SMS, <input type="checkbox"/> Post, <input type="checkbox"/> Email

## Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten, sowie der Einsicht in meine, durch Frau Dr. Märkisch erstellte Patientenakte stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter