

# 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)

Mitglied /  
Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtstag

bei Kindern  
Erziehungsber.

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
(\*Telefon privat) (\*Telefon geschäftlich) (\*Telefon mobil)

\_\_\_\_\_  
(\*Email)

Versicherungs-  
status

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe          | <input type="checkbox"/> Pflichtversichert     | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung  |
| <input type="checkbox"/> Standard          | <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert |  |
| <input type="checkbox"/> Vollversichert    |  |  |

\*Überweisender  
Arzt

\_\_\_\_\_  
(\*Name, Adresse, Telefon)

\*Hausarzt

\_\_\_\_\_  
(\*Name, Adresse, Telefon)

## Gesundheitsfragen

Für Ihr Krankenblatt benötigen 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 ) Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- ( ja ) ( nein ) Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenerkrankung/-defekt
- ( ja ) ( nein ) Herzerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Herzschrittmacher
- ( ja ) ( nein ) Endokarditisprophylaxe

Medikamente:

---

### Infektionserkrankungen

- ( ja ) ( nein ) HIV
- ( ja ) ( nein ) Hepatitis A, B oder C
- ( ja ) ( nein ) Tuberkolose
- ( ja ) ( nein ) Creutzfeldt-Jakob
- ( ja ) ( nein ) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

**andere**

andere:

---

Medikamente:

---

### Allergien / Unverträglichkeiten

- ( ja ) ( nein ) Lokalanästhetika
- ( ja ) ( nein ) Schmerzmittel
- ( ja ) ( nein ) Antibiotika (z. B. Penicillin)
- ( ja ) ( nein ) Latex

**andere**

andere:

---

Medikamente:

---

## Weitere Erkrankungen

- ( ja ) ( nein ) Blutgerinnungsstörungen  
( ja ) ( nein ) Asthma  
( ja ) ( nein ) Lungenerkrankung  
( ja ) ( nein ) Schilddrüsenerkrankung  
( ja ) ( nein ) Rheuma  
( ja ) ( nein ) Epilepsie  
( ja ) ( nein ) Diabetes  
( ja ) ( nein ) Nierenfunktionsstörungen  
( ja ) ( nein ) Ohnmachtsneigung  
( ja ) ( nein ) Grüner Star (Glaukom)  
( ja ) ( nein ) Osteoporose

### andere

andere:

---

Medikamente:

---

## Allgemeine Angaben

( ja ) ( nein ) Rauchen Sie?

- 0-10 Zigaretten / Tag  
 über 10 Zigaretten / Tag

( ja ) ( nein ) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ( z. B. ASS100, Marcumar, Eliquis, Xeralto, Pradaxa)

Wenn ja, welche?:

---

( ja ) ( nein ) Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche?

---

( ja ) ( nein ) Haben Sie häufig Zahnfleischbluten?

( ja ) ( nein ) Haben Sie Zahnschmerzen?

**Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-Hals-Bereich geröntgt?**

---

**Wünschen Sie eine gezielte Beratung über**

- Bleaching/Zahnaufhellung
- Gold- bzw. Keramikinlays
- Amalgamaustausch und Alternativen
- Implantate
- Kinderprophylaxe
- Professionelle Zahnreinigung
- Zahnersatz

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

---

---

**Erinnerungs-Service für Kontrolluntersuchungen**

Gerne erinnern wir Sie im Rahmen unseres Erinnerungs-Service an Ihre Kontrolltermine.

Sollten Sie eine Teilnahme an unserem Erinnerungs-Service wünschen, vermerken Sie es bitte hier und wählen Sie aus, wie wir Sie kontaktieren dürfen (Mehrfachnennung möglich).

Sie können diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

( ja ) ( nein ) Teilnahme Erinnerungs-Service

- Anruf
- SMS
- Email
- Post

**Wichtige Informationen**

Ihre personenbezogenen Daten und Behandlungsdaten werden in unser Praxis elektronisch gespeichert. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann (DSGVO, Art. 7., Abs.3).

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen, sowie die Information zur Erhebung personenbezogener Daten gelesen und verstanden habe.

Isernhagen, den ..... Unterschrift .....