

## Patientenfragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in aller Ruhe Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Füllen Sie deshalb bitte den nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie auch bitte unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten sie Rückfragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Name, Vorname: ..... geb.: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Email: .....

Hausarzt: ..... Krankenkasse: .....

Abweichender Versicherter: ..... geb.: .....

Hat der Patient das **18. Lebensjahr noch nicht vollendet**, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig (außer akuter Schmerzbehandlung):  
Erziehungsberechtigter / betreuende Person  
.....

**Besteht ein Pflegegrad?**  ja  nein

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Gibt es eine betreuende Person

.....

### Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein

Endokarditis (auch frühere)  ja  nein

Herzoperation  ja  nein

### Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK oder vCJK)  ja  nein

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Metalle  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

.....

.....

**Hochgradige Neutropenie**  ja  nein

**Mukoviszidose-Erkrankung**  ja  nein

**Organtransplantiert**  ja  nein

**Stammzellentransplantiert**  ja  nein

**Anfallsleiden (Epilepsie)**  ja  nein

**Asthma/Lungenerkrankung**  ja  nein

**Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein

**Diabetes/Zuckerkrankheit**  ja  nein

**Drogenabhängigkeit**  ja  nein

**Nervenerkrankung**

**Depression, Angst**  ja  nein

**Nierenerkrankung**  ja  nein

**Ohnmachtsanfälle**  ja  nein

**Osteoporose**  ja  nein

**Raucher**  ja  nein

**Rheuma/Arthritis**  ja  nein

**Schilddrüsenerkrankung**  ja  nein

**Sonstige Erkrankungen:**  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Sind bei Ihnen im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?**

**Wenn ja, wann?** .....  
.....

**Besteht eine Schwangerschaft?**

ja  nein

Wenn ja, in welcher SSW? ..... SSW

**Stillen Sie?**

ja  nein

**Welche Medikamente nehmen Sie gerade?**

Medikament: ..... seit .....

Medikament: ..... seit .....

Medikament: ..... seit .....

Medikament: ..... seit .....

Medikament: ..... seit .....

Medikament: ..... seit .....

**Nehmen Sie Bisphosphonate?**

ja  nein seit .....

**Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?**

ja  nein seit .....

**Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?**

ja  nein seit .....

**Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?**

ja  nein seit .....

**Hatten Sie größere Operationen im Krankenhaus?**

ja  nein Datum: .....

Wünschen Sie eine gezielte Beratung? .....

**Prophylaxe/Zahnpflege**

**Gesunderhaltung Milchzähne**

**Mundgeruch**

**Kopf- und Nackenbeschwerden**

**Kariesentstehung**

**Zahnersatz/Implantate**

**Zahnfleischbluten**

**Metallfreier Zahnersatz**

**Lachgasbehandlung**

**Kronen ohne Abdruck**

**Umweltzahnmedizin**

**Zahnaufhellung**

**Einfluss Körper auf Zähne**

**Füllungsalternativen**

**Blutanalyse: Amalgam, Metalle, Kunststoffe, Werkstoffe**

**Wichtige Informationen:**

Ihre Behandlungszeit wird ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie dennoch verhindert sein, bitten wir Sie uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, den vereinbarten Termin abzusagen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung meiner Daten (Abrechnungssoftware) einverstanden.

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin?

Karte

E-Mail

Ort: ....., den .....

Unterschrift Patient/in /Gesetzlicher Vertreter/in: .....

Wie haben Sie zu uns gefunden? Zum Beispiel durch Empfehlung, Zeitung, Internet...

.....