

## Patientenfragebogen

### Patient

Name ..... Vorname ..... geb. ....

Adresse .....  
Straße
Hausnr.
PLZ
Wohnort

Telefon privat: ..... Handy: ..... E-mail: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: ..... Telefon beruflich: .....

Hausarzt: .....

### Mitglied (über wen sind Sie versichert, z. B. Ehemann, Ehefrau, Eltern?)

Name ..... Vorname ..... geb. ....

Adresse .....  
Straße
Hausnr.
PLZ
Wohnort

Name des Kostenträgers .....  
 (Krankenkasse oder Versicherung)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert     | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert  |  |

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

	Ja	Nein
1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?		
Asthma (schwere Atemnot) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA-Keime .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC (Tuberkulose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A / B / C (Gelbsucht) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (Marcumar, Plavix etc.)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate ein (bei Knochenmetastasen oder Osteoporose)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzpass? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Cochlea-Implantat? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, welche .....   |                          |                          |
| .....  |                          |                          |
| 3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, welche .....   |                          |                          |
| .....  |                          |                          |
| 4. Haben Sie eine Allergie (Pass)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, für was? .....   |                          |                          |
| .....  |                          |                          |
| 5. <u>Für Patientinnen:</u> Besteht eine Schwangerschaft?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ggf. welche Woche .....  |                          |                          |
| .....  |                          |                          |
| 6. Sind Sie Raucher?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Möchten Sie über neue Kenntnisse in der Zahnpflege informiert werden?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Knirschen Sie mit den Zähnen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts- / Nackenbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Existieren Zahn / Kiefer - Röntgenbilder jüngeren Datums (6 Monate)?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sind Sie mit ihrem eventuell vorhandenen Zahnersatz zufrieden?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung       Gelbe Seiten       Anzeige in der Zeitung   
 Internet       Praxisschild       Sonstiges  .....

Gibt es zahnmedizinische Aspekte über die Sie gerne beraten werden möchten?

.....

**HINWEIS:** Nach örtlicher Betäubung kann die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein!

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten, oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

**Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Ihnen nicht eingehaltene Termine in Rechnung stellen müssen!**

Besonderen Wert legen wir auf die Vorbeugung von Karies und Parodontalerkrankungen, dazu bieten wir Ihnen ein individuelles Programm an. Unser Behandlungskonzept strebt stets die bestmögliche Wiederherstellung und Gesunderhaltung des Kauorgans an. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum .....

Unterschrift .....

*Ihr Praxisteam*