

Patienten-Fragebogen
(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (Privat / Mobil)

Telefon (Geschäftlich)

E-Mail-Adresse

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Privat versichert - mit Einschränkungen
- Selbstzahler
- Beihilfeberechtigt

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Haben Sie Angst vor der Behandlung? Ja Nein

Möchten Sie gerne jährlich an die Kontrolluntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
- Herzerkrankung Ja Nein
- Herzoperation Ja Nein
- Herzschrillmacher Ja Nein

Ohnmachtsneigung? _____

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika / Betäubung beim Zahnarzt Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

andere: _____

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörung/Blutverdünner Ja Nein

Asthma / Lungenerkrankung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Tumorerkrankung Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

andere: _____

ggf. Quick/INR Wert: _____

Chemotherapie/Bestrahlung/Bisphosphonate? _____

Allgemeine Angaben:

Regelmäßige Medikamente Ja Nein

Haben Sie Zahnfleischbluten Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch Ja Nein

Tragen Sie eine Knirscherschiene Ja Nein

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung Ja Nein

Drogenkonsum Ja Nein

Raucher Ja Nein

Regelmäßiger Alkoholgenuß Ja Nein

Frühere Röntgenuntersuchung beim Zahnarzt Ja Nein

Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, seit wann / Name: _____

Wenn ja, wann etwa: _____

Wenn ja, welcher Monat: _____

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten bei wiederholt versäumten Terminen in Rechnung gestellt werden.

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

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter