

Patientenfragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Familiennamen:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer:	Postleitzahl/Wohnort:	Pflegegrad (wenn vorhanden)

Selbst versichert versichert bei: Ehemann Ehefrau Vater Mutter

Name (Versicherter):	Vorname (Versicherter):	Geburtsdatum (Versicherter):
Name der Krankenkasse / Versicherung		

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig!

Telefonnummer (privat):	Telefonnummer (mobil):
E-Mail:	Beruf:
Hausarzt/Name:	Hausarzt/Adresse

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt

Herz-/Kreislaufkrankungen	Andere Erkrankungen
Hoher Blutdruck: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden(Epilepsie): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma/Lungenerkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes/Zuckerkrankheit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Endokarditis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose Erkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzoperation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma/Arthritis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hochgradige Neutropenie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Erkrankungen:
Organtransplantiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Raucher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wieviele
	Ohnmachtsneigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Infektiöse Erkrankungen	Allergien bzw. Unverträglichkeiten
HIV-Infektion/Stadium AIDS: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalanästhesie/Spritzen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antibiotika: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Weitere?

Besteht eine Schwangerschaft ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Wurden bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?

Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

Welche Medikamente:

Weitere Medikamente:

Ich bekomme Medikamente zur Blutverdünnung?
(z.B. ASS, Eliquis, Xarelto, Marcumar, Heparin oder andere?) ja nein Wenn ja, welche?Ich bekomme/habe bekommen Medikamente gegen Osteoporose?
(z.B. Alendron, Bonviva, Actonel, Evista oder andere?) ja nein Wenn ja, welche?

Seit wann? Wie oft?

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

 ja nein Wenn ja, seit?

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

 ja nein Wenn ja, seit?

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?

 ja nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

 ja nein Welche?**Nennen Sie uns bitte den Grund für Ihren Zahnarztbesuch**

Haben Sie Zahnschmerzen?

 ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?

 ja nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?

 ja nein

Haben Sie lockere Zähne?

 ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System und für unseren Terminerinnerungsservice per SMS einverstanden.

 JA NEIN

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

.....
Datum.....
Unterschrift (Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter)