



Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Zahnarzt muss vor Durchführung einer fachgerechten Behandlung über Ihren Gesundheitszustand informiert sein, weil bestimmte Erkrankungen und Medikamenteneinnahmen Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben.

Die Daten werden in unserer EDV bearbeitet. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht, an die wir – das ganze Praxisteam – gebunden sind.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe!

Vorname _____

Name _____

geb. am _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon privat _____

E-Mail _____

Telefon mobil _____

Versichert über: _____

Name

Adresse

geb. am

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? _____

ja nein

Leiden Sie unter Zähneknirschen? _____

ja nein

Rauchen Sie? _____

ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? _____

Herzschwäche (Insuffizienz)

Unregelmä. Herzschlag (Arrhythmien)

Herzasthma, Angina pectoris

Herzschrittmacher

Verengung der Herzkranzgefäße

Bluthochdruck

Niedriger Blutdruck

andere Erkrankungen _____

Herzinfarkt, wann _____

Durchblutungsstörungen

Ohnmachtsanfälle

Rheuma

Asthma

HIV / AIDS

andere Infektionskrankheiten _____

Lebererkrankung

Krampfanfälle

Zucker / Diabetes

Nierenerkrankung

Krebsleiden

Haben Sie eine Allergie? _____

ja nein

Wenn ja, wogegen?

Haben Sie einen Allergiepass?
 ja nein

Nehmen Sie regelm. Medikamente? _____

ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie?

Haben Sie Angst vor der Behandlung? _____

ja nein

Für Patientinnen: _____

Sind Sie schwanger?

ja nein

ungewiss

Wünschen Sie ...

... über unser intensives Karies-Prophylaxe-Programm informiert zu werden?

ja

nein

... eine Teilnahme an unserem Recall-Programm und Benachrichtigung

ja

nein

Wenn ja, per E-Mail oder SMS?

... von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja

nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Datum, Unterschrift