

PATIENTENFRAGEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Eine sorgfältige zahnärztliche Behandlung setzt voraus, dass wir Ihren persönlichen Gesundheitszustand gut kennen. Deswegen bitten wir Sie diesen Fragebogen so detailliert wie möglich auszufüllen. Vielen Dank für Ihr Vertrauen und die Zeit, die Sie sich nehmen.

PERSONALIEN

männlich

weiblich

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ Wohnort

Telefon privat Telefon tagsüber

E-Mail Beruf

Name der Versicherung/Krankenkasse

Hausarzt (Name, Ort)

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert

Ich bin beihilferechtigt

Sind Patient und Versicherungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ Wohnort

Grund für Ihren Besuch

Zahnschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kiefergelenkschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Mundgeruch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Migräne/Kopf-/Nackenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Knirschen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kontrolle	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

Was sollen wir bei der Behandlung besonders berücksichtigen?

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja nein Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein

Starker Würgereiz ja nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein
Niedriger Blutdruck (Hyponotie) ja nein
Herzklappenerkrankung/-defekt ja nein
Herzerkrankung/ Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis-Prophylaxe ja nein

Medikamente

.....
.....
.....
.....

Infektionskrankheiten

HIV ja nein
Hepatitis A, B oder C ja nein

Medikamente

.....
.....

Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie (Spritzenunverträglichkeit) ja nein
Schmerzmittel ja nein
Antibiotika ja nein
oder andere ja nein

.....
.....
.....
.....

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung ja nein
Asthma ja nein
Lungenerkrankungen ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Rheuma ja nein
Epilepsie ja nein
Diabetes ja nein
Nierenfunktionsstörung ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein
Grauer Star ja nein
oder andere ja nein

Medikamente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allgemeine Angaben

Raucher ja nein
Regelmäßige Medikamente ja nein
Schwangerschaft ja nein

Wenn ja, 0 - 10 , über 10 Zigaretten am Tag
Wenn ja, seit wann, Name
Wenn ja, Monat

Wünschen Sie gezielte Beratung über

Bleaching/Zahnaufhellung Gold- bzw. Keramikinlays Zahnfarbene Keramikfüllungen
Prof. Zahnreinigung Amalgamaustausch Implantate

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 in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum, Ort

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter