

## Patienten-Fragebogen

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Um die für Ihre Zahnbehandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können und zur Abklärung eventueller Risikofaktoren, bitten wir Sie um die vollständige Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

---

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w  d

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

---

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

---

E-Mail

Beruf/Arbeitgeber

---

Name der Krankenkasse / Versicherung

Pflegegrad: nein  / ja, Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Gesetzlich versichert

evtl. Zusatzversicherung ja ( ) / nein ( )

Privat versichert - wenn im Basistarif bitte hier angeben: ja ( )

Beihilfeberechtigt

---

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Möchten Sie regelmäßig an Kontroll-Untersuchungen bzw. Prophylaxe-Termine erinnert werden? Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Ja,  per Post  per E-Mail

Nein

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:**

<b>Gesundheitszustand</b>	<b>Bitte ankreuzen</b>	<b>Zusätzliche Informationen</b>
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen:</b>		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt/-ersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzinfarkt, Stents, Bypass	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzrhythmus, Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall, Apoplex	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<hr/>		
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis (Typ?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere:		
<hr/>		
<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere:		
<hr/>		
<b>Weitere Erkrankungen (zutreffendes unterstreichen):</b>		
Asthma, Lungenerkrankung, COPD	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes (Zuckerkrankheit), Typ:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Epilepsie, M. Parkinson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nieren-/Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose, Med.: Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheuma, Arthritis, Gelenkersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tumorerkrankungen, Med.: Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere:		
<hr/>		

**Allgemeine Angaben:**

Haben Sie Angst v. d. Behandlung  Ja  Nein  
Drogenkonsum  Ja  Nein  
Alkoholgenuss  Ja  Nein  
Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein  
(z.B. Blutverdünnung, Bisphosphonate?)  
Welche Medikamente:

Röntgenuntersuchung am Kopf  Ja  Nein Wenn ja, wo:  
im letzten Jahr?

Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat:

---

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

---

**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, vor allem des Gesundheitszustandes oder einer Schwangerschaft zu informieren.
- Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung nicht mehr fahrtüchtig sein können
- Ich verpflichte mich, vereinbarte/reservierte Termine einzuhalten oder frühzeitig im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, meine Daten an Dritte weiterzuleiten (Entbindung von der Schweigepflicht für Abrechnungsbüro, korrespondierende Ärzte, Versicherungen, Fremdlabore, KZVB, Krankenkassen). Eine Weiterleitung an unbeteiligte Dritte ist untersagt.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

**Datum****Unterschriften Patient und  
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter**