

Patientenfragebogen

Anrede:

Titel: Vor- / Zuname:

Adresse:

Vers.nr. und Geburtsdatum: Zuweiser, Empfehlung:

Krankenkasse: Zusatzversicherung:

Telefon: E-Mail:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bestimmte Krankheiten, die Einnahme von Medikamenten und eine Schwangerschaft müssen mir bekannt gegeben werden, um Komplikationen während und nach der Zahnbehandlung zu vermeiden. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, den Fragebogen vollständig auszufüllen.

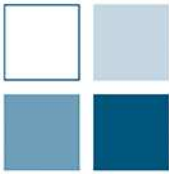
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Fragen zur allgemeinen Gesundheit

JA	NEIN	Zutreffendes bitte ankreuzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie Träger einer Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, ...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Probleme bei der Blutgerinnung oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente? (Marcoumar, ThromoASS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Allergien? Wenn JA, welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Befindlichkeitsstörungen? Migräne, Schwindel, Stimmungsschwankungen,

Leiden Sie unter Erkrankungen in folgenden Bereichen / Welche?

JA	NEIN	Zutreffendes bitte ankreuzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmungssystem (Nase, Lunge, Bronchien)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungssystem (Magen, Darm, Galle, Leber)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechsel (Zucker, Schilddrüse)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren, Harnblase, Prostata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zentrales Nervensystem (Epilepsie, Parkinson)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (Depression, Schizophrenie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenke, Muskeln (Rheuma, Arthrose, Kiefergelenk)



- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kopf- und Gesichtsschmerzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blut und Knochenmark |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knochen (Osteoporose, Biphosphonate) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie Medikamente? Welche? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Raucher? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind Sie schwanger? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkrankungen im gynäkologischen Bereich? |

Zahnärztliche Fragen

JA **NEIN**

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?
 Stören ein oder mehrere Zähne beim Schlucken oder Kauen?
 Fehlen Ihnen Zähne?

Ihr Anliegen

- Amalgamsanierung
- Osteopathie
- Fehlstellung, Regulierung
- Schmerzen
- Meridiandiagnose
- Zahnersatz
- Zahnfleischprobleme, Parodontitis

Bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ohrakupunktur | <input type="checkbox"/> Ästhetik |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Prophylaxe, Mundhygiene |
| <input type="checkbox"/> Sanierung | <input type="checkbox"/> Herdsuche |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle | <input type="checkbox"/> Sensibilität, Geschmacksstörung |
| <input type="checkbox"/> Vitalfeld | <input type="checkbox"/> Metallfreier Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit vorhand. Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Umweltzahnmedizin |

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

JA **NEIN**

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NEWSLETTER / SEMINARE: Wünschen Sie topaktuelle Informationen aus verschiedenen Bereichen der Medizin?

RECALL – Möchten Sie nach Ihrem letzten Zahnarztbesuch schriftlich von uns erinnert werden, dass Ihre halbjährliche Kontrolle fällig ist?

WICHTIG! Teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bitte mit!

Falls Sie Termine nicht einhalten können, ersuchen wir Sie mindestens zwei Arbeitstage vorher abzusagen, da wir diese sonst in Rechnung stellen müssen. Nach einer Lokalanästhesie ist die Verkehrstauglichkeit für zwei Stunden herabgesetzt. **Danke für Ihre Mitarbeit!**

Datum:

Unterschrift: