

Patientenfragebogen (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Patient: _____
Name Vorname geb.

**Mitglied/
Erziehungsberechtigter:** _____
Name, Vorname geb.

Anschrift: _____
Strasse und Hausnummer Telefonnummer tagsüber

Postleitzahl Ort Telefonnummer abends

Krankenkasse: _____
Gesetzlich versichert privat versichert privatversichert Beihilfe privatversichert Basistarif

Beruf/Arbeitgeber: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Beantworten Sie bitte folgende Fragen hinsichtlich Ihrer Anamnese!

Diese Fragen dienen der Risikoabklärung. In Ihrem eigenen Interesse müssen Sie diese Fragen gewissenhaft beantworten. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie bitte Ihre/n Zahnarzt/Zahnärztin.

Ihre Angaben werden von uns eventuell elektronisch gespeichert, unterliegen jedoch der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt !

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Bluthochdruck ja nein
Herzklappenfehler / - ersatz ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herz-Operationen ja nein
Herzinfarkt / Schlaganfall ...wann?..... ja nein
Thromboseneigung ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein

Rheumatische Erkrankungen ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/AIDS ja nein
Hepatitis/Gelbsucht (A) (B) (C) (D) ja nein
Tuberkulose (TBC) ja nein
andere

Krebs/Tumore ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Neurologische Erkrankungen..... ja nein
Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Lungenerkrankungen ja nein
Atemnot / Asthma / Mukoviszidose

Augenerkrankungen (Glaukom?) ja nein

Zuckerkrankheit ja nein
Osteoporose ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Immun-Erkrankungen ja nein
Magen-, Darm-, Nierenerkrankungen ja nein

eingenommene Medikamente

Bitte wenden !

Operationen im Kopf-/Halsbereich ja nein **Krankenhausaufenthalt** ja nein
weshalb und wann? wann

Andere, hier ungenannte Krankheiten? ja nein _____

Allergien bzw. Unverträglichkeiten auf:

Betäubungsspritzen (welche) ja nein | Schmerzmittel ja nein
Antibiotika (welche) ja nein | Latex ja nein
Andere

Allergiepass vorhanden, ausgestellt im Jahr von

Besteht eine Schwangerschaft? ja (Entbindungstermin.....) nein

Drogen- Alkoholabhängigkeit ...ja nein

Raucherja weniger als 15 Zig. / Tag mehr als 15 Zig. / Tag
Nichtraucher ja weniger als 2 Jahre länger als 2 Jahre lebenslang

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein

Wenn ja, wann? bei

Regelmäßige Betreuung beim **Hausarzt?** ja bei (Telefon).....
nein

Die nachfolgenden Fragen beantworten Sie bitte dann, wenn Sie Interesse an einer umfassenden und systematischen Behandlung sowie an einer konsequenten Verhütung weiterer Zahnerkrankungen haben:

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag? weniger als 1x tägl. 1x tägl. 2x tägl. mehr als 2x tägl.
Haben Sie regelmäßig Zahnfleischbluten? ja nein
Haben Sie den Eindruck, daß Ihre Zähne lockerer geworden sind? ja nein
Kam es zu Zahnwanderungen oder Änderungen der Zahnstellung? ja nein
Hatten Sie schon einmal eine Parodontalbehandlung? ja nein
Verwenden Sie Zahnseide oder Interdentalraumbürsten ?..... nein 1x. tägl. öfter als 1x tägl.
Andere Hilfsmittel:

Leiden Sie oft an Kopfschmerz/Verspannung im Gesichts-/Nackenbereich? ja nein

Über welche zahnmedizinischen Aspekte hätten Sie gerne mehr Information?

Wichtiger Hinweis: Durch Injektionen („Spritzen“) kann die normale Reaktionsfähigkeit herabgesetzt werden. Um Fehlverhalten im Straßenverkehr zu vermeiden, dürfen Sie unmittelbar nach einer Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Ich habe das Aufklärungsblatt zur zahnärztlichen Lokalanästhesie gelesen und verstanden.ja nein

Alle meine Fragen wurden in diesem Zusammenhang zur Zufriedenheit beantwortet. Ich stimme einer zahnärztlichen Anästhesie im Bedarfsfall ohne erneute Aufklärung über die Risiken zuja nein

Datum: Unterschrift:

aktualisiert: Datum: Unterschrift:

aktualisiert: Datum: Unterschrift:

Bitte teilen Sie uns zukünftig jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!
Die mit Ihnen vereinbarten Termine werden exklusiv für Sie freigehalten und sind verbindlich. Sie werden daher gebeten, diese Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir weisen darauf hin, dass nicht eingehaltene Termine in Rechnung gestellt werden können (Ausfallgebühr).