



PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN
Schinner & Weckwerth

PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Dieser Fragebogen dient dazu, die notwendigen Maßnahmen an Ihren Gesundheitszustand anzupassen. Falls Sie beim Ausfüllen Fragen haben oder sich Unklarheiten ergeben, helfen wir Ihnen gerne persönlich weiter.

Vor- und Nachname	Beruf/Arbeitgeber
Straße & Hausnr.	Telefon (privat)
Postleitzahl & Ort	Mobil (privat)
Hausarzt	Telefon (dienstlich)

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

INFEKTÖSE ERKRANKUNGEN	ja	nein	ALLGEMEINE ANGABEN	ja	nein	MEDIKAMENTE	ja	nein
HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate (Osteoporose, Tumor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung, Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcumar, Aspirin, ASS o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
Wenn ja, welche? _____			Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN		
			Grüner Star/Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN			Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BEI PATIENTINNEN		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____			Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Wenn ja, in welchem Monat? _____	Monat	
SONSTIGE FRAGEN								
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				seit _____		
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				seit _____		
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				seit _____		
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Datum: _____		
Möchten Sie einen kostenlosen halbjährlichen Erinnerungsservice (Recall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Besteht eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____								
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?								
Wenn ja, wann? _____								

► Änderungen bitten wir Sie uns umgehend mitzuteilen. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Terminänderungen und -absagen sind so früh wie möglich, mindestens 24 Stunden vor der vereinbarten Behandlungszeit vorzunehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine behalten wir uns das Recht vor, Ihnen den kassenüblichen Satz privat in Rechnung zu stellen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten