

PATIENTENFRAGEBOGEN

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)/Mobilnr.:

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse/Versicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert Privat Basistarif Zusatzversicherung

Pflegegrad Eingliederungsbeihilfe

Hausarzt: _____

Zahlungspflichtiger:

Nachname, Vorname

Straße, Hausnr.

Am wichtigsten ist mir: Funktion Ästhetik Langlebigkeit

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Röntgenbilder zum Zwecke der Weiterbehandlung an mitbehandelnde Zahnärzte per Post versandt werden.

Möchten Sie von uns regelmäßig per Postkarte an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Ja nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

"Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar."

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten und mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ja. Die Praxis darf meine Email-Adresse widerruflich zur direkten Kommunikation mit mir nutzen.

Möchten Sie uns Ihre Hobbys verraten: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Datum, Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Bitte umdrehen und 2. Seite ausfüllen

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

PATIENTENFRAGEBOGEN

Teilen Sie uns bitte eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit !

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzkrankung ja nein
Herzoperation ja nein

Atemwege/Lunge

Asthma ja nein
Lungenerkrank. ja nein
Schlafapnoe ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Stoffwechsel/Zucker

Insulinpflichtig ja nein
Schilddrüsenerkrank. ja nein

Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika ja nein
Latex ja nein
Schmerzmittel ja nein
Antibiotika ja nein

Nieren/ Magen/Leber

Nierenfunktionsstörung ja nein
Dialyse ja nein

Magen-Darm-Erkrank. ja nein
Sodbrennen ja nein

Leberschaden ja nein

Infektionskrankheiten

HIV ja nein
Hepatitis A,B oder C ja nein
Tuberkulose ja nein
Creutzfeldt-Jakob ja nein

Schwangerschaft ja nein

Welche Woche? _____

Nikotin/Alkohol

Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? _____
Wie oft trinken Sie Alkohol in der Woche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Welche?

Nerven/Gemüt

Bulimie ja nein
Depressionen ja nein
Epilepsie ja nein
Diabetes Typ II ja nein
Neurologische Erkrankung ja nein
Waren/Sind Sie in psychotherap. Behandlung ? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Marcumar ja nein
ASS ja nein
Sonstige ja nein

Knochen / Bewegung

Rheuma ja nein
Osteoporose ja nein

Wurden bzw. werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? ja nein

Wegen welcher Erkrankung? _____
Wann? _____
Mit welchem Präparat? _____

Transplantation /Implantation

Sind Sie Transplantationspatient ja nein

Haben Sie künstliche Gelenke, Schrauben, Platten, Herzklappen, Schrittmacher ja nein

Zu Ihrer Gesundheit:

Kauen Sie regelmäßig Kaugummi? ja nein
Mehr als zwei Stück täglich? ja nein

Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen? ja nein

Knirschen oder Pressen Sie die Zähne? ja nein

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? ja nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen ja nein

Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen

Kopfbereich Hals Nackenbereich

Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund? ja nein