

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patienten ,

ich begrüße Sie in meiner Praxis. Sie sollen nach den Erkenntnissen aller Teilbereiche der Zahnmedizin so optimal wie möglich behandelt werden. Da viele Erkrankungen auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, bitte ich Sie, die folgenden Fragen mit größter Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit zu beantworten. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name: Vorname:
geb.: LZ/Ort:
Straße: Tel.Arbeit:
Tel.privat.: E-Mail:
Mobil.: Pflegestufe/-grad :
Krankenkasse:
Beruf:
Arbeitgeber:

Versicherter

Name: Vorname:
geb.: PLZ/Ort:
Straße:

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben :
(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten ?

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen / wenn ja, welche?
.....
- Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher) /
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Depressionen
- Anfallsleiden
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- gerinnungshemmende Medikamente /
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Rheuma
- HIV positiv
- Hepatitis

2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche ?
.....

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche ? (ASS, Bisphosphonate od. ähnliche?)
.....

4. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja () Nein () Ungewiß ()

5. Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung ? wenn ja, seit wann ?
.....

Datum: Unterschrift:

6. Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

- Empfehlung
- Werbung
- Sonstiges _____