

# PATIENTENFRAGEBOGEN



Zahnarztpraxis  
Dr. med. dent.  
**Sebastian Helm**

## 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)	Telefon (dienstlich)
Postleitzahl & Ort	Mobil (privat)	
Geburtsdatum	Hausarzt	

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

INFEKTIÖSE ERKRANKUNGEN	ja	nein	ALLGEMEINE ANGABEN	ja	nein	ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN	ja	nein
<b>HIV-Infektion/Stadium AIDS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Drogenabhängigkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung, <b>Hepatitis A/B/C</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Blutgerinnungsstörungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tuberkulose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Osteoporoseerkrankung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MRSA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Rheuma/Arthritis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Creutzfeld-Jakob-Krankheit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? .....		
Andere <b>Infektionskrankheiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MEDIKAMENTE</b>		
Wenn ja, welche? .....			Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bisphosphonate (Osteoporose,Tumor)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN</b>			Grüner Star/Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Marcumar, Aspirin, ASS o. ä.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herzklappenfehler</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Andere Medikamente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herzklappenersatz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? .....		
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>BEI PATIENTINNEN</b>		
<b>Endokarditis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine <b>Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herzoperation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welchem Monat? .....		Monat
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? .....					
			.....					

## SONSTIGE FRAGEN

	ja	nein	
<b>Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit .....
<b>Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit .....
<b>Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit .....
<b>Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum: .....
<b>Möchten Sie einen kostenlosen halbjährlichen Erinnerungsservice (Recall)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.			
<b>Besteht eine Zahnzusatzversicherung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....</b>			
Sind bei Ihnen bereits <b>zahnärztliche Röntgenaufnahmen</b> gemacht worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, wann? .....			

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. rechtzeitig abzusagen. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten