

# Patienten-Fragebogen

- bitte vollständig ausfüllen -

Name des Patienten: ..... geb. am: .....  
Name des Versicherten: ..... geb. am: .....  
Adresse: ..... Telefon-Nr.: .....  
E-Mail: ..... Handy: .....

## Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum ..... Erziehungsberechtigter .....

## Vorbehandlung

ja  nein Die letzte Zahnarztbehandlung war ..... bei wem? .....  
 ja  nein Die letzte Röntgenaufnahme der Zähne wurde gemacht wann? ..... bei wem? .....

Probleme	
<input type="checkbox"/> Empfindlichkeit bei heiß / kalt / süß	
<input type="checkbox"/> häufig neue Löcher / Karies	
<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Mundgeruch
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Zungenbrennen
<input type="checkbox"/> Knacken im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> lockere Zähne
<input type="checkbox"/> Zähneknirschen / Zähnepressen	
<input type="checkbox"/> Nackenverspannung / Migräne	
<input type="checkbox"/> Schmerzen im Ohrbereich / Schwindel / Tinnitus	
<input type="checkbox"/> sonstiges .....	

Wünsche	
<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	
<input type="checkbox"/> Prophylaxe / Zahnreinigung	
<input type="checkbox"/> Amalgamsanierung	
<input type="checkbox"/> funktionsfähiger / ästhetischer Zahnersatz (Inlays, Kronen, Brücke, Prothese)	
<input type="checkbox"/> Implantatberatung	
Befürchtungen	
<input type="checkbox"/> Ich bin sehr schmerzempfindlich	
<input type="checkbox"/> Ich bekomme leicht einen Würgereiz	

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?	
Herz	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zustand nach Infarkt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bypassoperation
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzklappenersatz
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher
Kreislauf	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlaganfall
Zentrales Nervensystem	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	epileptische Anfälle bzw. Krämpfe
Atmungswege / Lunge	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma
Magen-Darm-Trakt	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magenerkrankungen
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Darmerkrankungen
Blasen-Nieren	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dialyse
Bewegungsapparat	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma
Ich habe eine neues künstliches Hüftgelenk / Kniegelenk	
Seit wann? .....	

**Stoffwechsel**

ja  nein Diabetes

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

ja  nein HIV, Tuberkulose, Hepatitis  
 ja  nein Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)  
wenn ja, seit wann? .....

ja  nein Osteoporose  
 ja  nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte  
Erkrankung?  
wenn ja, welche? .....

**Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in  
Behandlung sind:**

Titel: ..... Arzt: .....  
Ort: ..... Telefon: .....

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

ja  nein Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?  
wenn ja, welche? .....

ja  nein Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente  
(ASS, Marcumar)?  
 ja  nein Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente  
oder andere Stoffe?  
wenn ja, welche? .....

ja  nein Besitzen Sie einen Allergiepass?  
 ja  nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach  
zahnärztlichen Spritzen auf?  
wenn ja, welche? .....

ja  nein Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder  
bekommen Sie leicht blaue Flecken?  
 ja  nein Rauchen Sie?  
 ja  nein Sind Sie z. Zt. schwanger?  
wenn ja, in welcher Woche? .....

**Weitere administrativ wichtige Information:**

ja  nein Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?  
 per Brief  per E-Mail

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während der Behandlung auftretenden Veränderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Werktage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

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

Handewitt, den .....

Unterschrift .....