

## PATIENTENFRAGEBOGEN



Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte Seite 1 – 2 vollständig ausfüllen.

.....  
Nachname und Vorname (Patient)

.....  
Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort

.....  
Telefon privat

.....  
Telefon tagsüber

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Name der Krankenkasse / Zusatzversicherung

.....  
Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen

.....  
Nachname und Vorname (Zahlungspflichtiger)

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort

**Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung eine Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.**

.....  
Datum

.....  
Erziehungsberechtigter

### Allgemeine Angaben

Raucher

Ja  Nein

Regelmäßige Medikamente

Ja  Nein Wenn ja, seit wann ...../

Name:...../

Frühere Röntgenuntersuchung

Ja  Nein Wenn ja, Datum ...../

**Schwangerschaft**

Ja  Nein  ungewiss

Wenn ja, **welcher Monat**:.....

**Als was arbeiten Sie.....?**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Weiterempfohlen durch Bekannte

Internet  Flyer

andere .....

## PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein  
Herzklappenerkrankung /-defekt  Ja  Nein  
Herzkrankung / Herzinfarkt  Ja  Nein  
Herzschrittmacher / Defibrillator  Ja  Nein  
Endokarditis-Prophylaxe  Ja  Nein

Nehmen Sie folgende Medikamente:

Falithrom / Marcumar / Plavix / Clexane / ASS oder andere Blutverdünner

### Medikamente

### Infektionserkrankungen

- HIV  Ja  Nein  
Hepatitis A, B oder C  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
Gelbsucht / Leberkrankheiten  Ja  Nein

andere.....

### Medikamente

### Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika  Ja  Nein  
Schmerzmittel  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein

andere.....

### Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
Asthma  Ja  Nein  
Lungenerkrankung  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Rheuma  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
Schlaganfall / Lähmungen  Ja  Nein

andere.....

### Medikamente

Bestehen zurzeit andere Krankheiten? .....

### Wichtige Informationen

**Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auch von P4-Die Zahnärzte mitgenutzt werden, so lange es der kollegialen Zusammenarbeit dienlich ist.**

**Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.**

**Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder spätestens 24h im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen und verstanden habe.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger /Erziehungsberechtigter