



Patientenfragebogen

Liebe(r) Patient(in),

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 – 3 **vollständig** ausfüllen.

Patient		Sind <u>Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch</u> , bitte die folgenden Angaben ergänzen (Ehepartner, Kinder)	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geschlecht :	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Straße/ Hausnummer		Straße/ Hausnummer	
PLZ/ Wohnort		PLZ/ Wohnort	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Telefon		Telefon	
Mobil		Mobil	
Email		Email	
Beruf		Arbeitgeber	
Name der Krankenversicherung/ des Kostenträgers			
<input type="checkbox"/> gesetzlich pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> privat - Kostenerstattung <input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> Zuschussberechtigt (Sozialamt/Versorgungsamt)	
Hausarzt Name		Kinderarzt Name	
Telefon		Telefon	

<p>Ich wünsche, dass Sie mich ins Recall-System aufnehmen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bitte erinnern Sie mich an meinen Kontrolltermin per</p> <p><input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> SMS (noch nicht verfügbar)</p>	<p>Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig! Mit dieser erklären Sie sich bereit, dass für die Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis bei Bedarf eine örtliche Betäubung durchgeführt und bei medizinischer Indikation Röntgenbilder angefertigt werden können.</p>
<p>Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d. h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.</p> <p>Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr vergeben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.</p>	<p>Datum/Unterschrift des Erziehungsberechtigten</p> <p style="text-align: center;"> X</p>



Patientenfragebogen

Herz-Kreislauf Erkrankungen			Medikamente
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzklappenerkrankungen/-defekt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vor <input type="checkbox"/> weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> mehr als 6 Monaten
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Amoxicillin <input type="checkbox"/> Clindamycin <input type="checkbox"/> anderes _____

Infektionserkrankungen			Medikamente
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?	
Andere Immunerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?	

Allergien/ Unverträglichkeiten		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?
Antibiotika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?
Jod	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?
Allergiepass	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte zum 1. Termin mitbringen)

Weitere Erkrankungen			Medikamente
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / weshalb? <input type="checkbox"/> angeboren <input type="checkbox"/> Medikamente	
Thalassämie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welches? <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> allergisch	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?	
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welches?	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Grüner Star	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?	



Patientenfragebogen

Allgemeine Angaben		
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ welche?
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ in welchem Monat?
Frühere Röntgenuntersuchungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche/ im welchem Jahr?
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> andere Droge(n) <input type="checkbox"/> 0-10/ Tag <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/> regelmäßig
Hatten Sie mal eine Mund-, Kiefer,-Gesichtsfraktur?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Schmerzen im Kopf-/Nackebereich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wünschen Sie eine Behandlung in örtlicher Betäubung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie schon einmal eine Zahnfleischbehandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Hatten Sie Operationen in den letzten Monaten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann und woran wurden Sie operiert?

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über	Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung <input type="checkbox"/> Bleaching / Zahnaufhellung <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch und Alternativen	<input type="checkbox"/> durch Empfehlung <input type="checkbox"/> durch Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Gold- bzw. Keramikinlays <input type="checkbox"/> Implantat	

Wichtige Informationen

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 meines Gesundheitszustandes zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

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

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Datum/Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam