

## Patienten-Fragebogen

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Die Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand sind für uns besonders wichtig im Zusammenhang mit der adäquaten und risikofreien, zahnärztlichen Behandlung. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Nachname, Vorname (Patient/in)  Geburtsdatum  Geschlecht m  w

Straße, Hausnummer  Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)  Telefon (geschäftlich)  E-Mail

derzeit ausgeführte Tätigkeit:

Pflegegrad (Original bitte vorlegen):

Name der Krankenkasse / Versicherung:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert – <b>nicht</b> Basistarif |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert – im Basistarif           |
| <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt    | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung                          |

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtige/r)  Geburtsdatum

Straße, Hausnummer  Postleitzahl, Ort

**Bei einer Anästhesie (örtliche Betäubung) kann die Fahrtauglichkeit eingeschränkt sein, bitte achten Sie darauf, wenn Sie mit dem Auto oder Fahrrad zur Praxis kommen.**

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich, bitte Zutreffendes ankreuzen:**

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Hoher Blutdruck/Glaukom | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenerkrankung   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Angina pectoris         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzpass vorhanden      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| wenn ja, wann:          | <input type="text"/>                                      |
| Herzrhythmusstörungen   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Endokarditisprophylaxe  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

### Allergien / Unverträglichkeiten:

- |   |   |
|---|---|
| zahnärztliche Materialien (Quecksilber, Metalle, Latex) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schmerzmittel   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Lokalanästhetika  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Allergie auf Antibiotika                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| andere Allergien:                                       | <input type="text"/>                                      |
| Allergiepass vorhanden                                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

**bitte wenden**

## Infektionskrankheiten:

HIV positiv  Ja  Nein  
 Hepatitis A/B/C  Ja  Nein  
 Tuberkulose  Ja  Nein

## Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
 Erhöhte Blutungsneigung  Ja  Nein  
 Anämie  Ja  Nein  
 Asthma/COPD  Ja  Nein  
 Lungenerkrankung  Ja  Nein  
 Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
 Ekzeme  Ja  Nein  
 Diabetes Typ 1/Typ 2 (insulinpf.?)  Ja  Nein  
 Covid 19 positiv/negativ  Ja  Nein  
 Corona (erkrankt/genesen)  Ja  Nein  
 Covid 19 geimpft  Ja  Nein  
 - Impfstoff: \_\_\_\_\_  
 Epilepsie  Ja  Nein  
 Nieren-/ Blasenkrankung  Ja  Nein  
 Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
 Tumorerkrankungen  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Erkrankungen  Ja  Nein  
 Leber-/ Gallenblase  Ja  Nein  
 Genetische Erkrankungen  Ja  Nein  
 Geistige Erkrankungen  Ja  Nein  
 Rheuma  Ja  Nein  
 Osteoporose  Ja  Nein  
 Multiple Sklerose  Ja  Nein  
 Dialyse  Ja  Nein

**Sonstige Erkrankungen / Unfälle / Operationen** (die nicht aufgeführt sind, Bsp. Sectio, Mandel-OP, andere Narben): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Name, Anschrift und Tel-Nr. Ihres Hausarztes /Internisten:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, informieren Sie uns bitte vorher. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen das Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Ich verpflichte mich, meiner Zahnärztin umgehend über alle Änderungen während des Behandlungszeitraumes zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Pirna, \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in bzw. Zahlungspflichtige/r: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben:

Schwangerschaft  Ja  Nein  
 wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_  
 Stillen Sie?  Ja  Nein  
 Sind oder waren Sie alkoholabhängig?  Ja  Nein  
 Sind oder waren Sie drogenabhängig?  Ja  Nein  
**Neigen Sie zu:**  
 Kopfschmerzen  Ja  Nein  
 Migräne  Ja  Nein  
 Rückenschmerzen/  
 Verspannungen  Ja  Nein  
 Ohrgeräusche (Tinnitus)  Ja  Nein  
 Schwindel  Ja  Nein  
 Pressen oder  
 Knirschen mit Zähnen  Ja  Nein  
 Augenerkrankungen  Ja  Nein

## Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie  
 ständig/bei Bedarf ein? (Medi-Liste in Kopie)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_