

# PATIENTENFRAGEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Patientendaten

.....  
Nachname, Vorname (Patient)

.....  
Geburtsdatum, Geschlecht:

m  w

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort

.....  
Telefon privat

.....  
Telefon mobil / geschäftlich

.....  
.E-Mail Adresse

.....  
Beruf (Angabe freiwillig)

.....  
.Name der Versicherung / Krankenkasse

Zusatzversicherung

ja  nein

Beihilfeberechtigt

ja  nein

Pflegestufe

ja  nein

## Versichertendaten

(sofern diese von den Patientendaten abweichen)

.....  
Nachname, Vorname (Versicherter)

.....  
Geburtsdatum, Geschlecht:

m  w

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort

.....  
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....  
Überweisender Arzt

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

Telefon  E-Mail  Post

## Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

Lebenslangen Zahnerhalt und Mundgesundheit  
Implantologie? Parodontitis?  
Ihr Lächeln / Ihre Kaufunktion / weiße Zähne?

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung / Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerinnungshemmer / Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

.....  
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

.....  
Allergiepass?  ja  nein  
Haben Sie Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?  ja  nein

.....  
Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?  ja  nein

.....  
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  ja  nein

Covid-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)  genesen  geimpft

Bitte teilen Sie uns Ihren Hausarzt mit.

### Grund Ihres Besuches

- Schmerzbehandlung
- Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen
- Zahnfleischbluten / Mundgeruch
- Kiefergelenksbeschwerden
- Knirschen
- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen

Sie sind uns wichtig! Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

.....  
Um Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe behandeln zu können, arbeiten wir mit einem Bestellsystem.  
Wir bitten Sie, Ihre Termine einzuhalten. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte  
spätestens 24 Stunden vorher ab. **Ansonsten können Ihnen entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient (ggf. Erziehungsberechtigter)