

Patientenfragebogen

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Annette Poth

Liebe Patientin, Lieber Patient !

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen zugefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Sie dienen dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Telefon Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert: ja nein

Wer hat uns empfohlen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne?

Sehr wichtig wichtig unwichtig

Worauf legen Sie im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Behandlung besonderen Wert?

Wie gefallen Ihnen Ihre Zähne?

Gut mäßig gar nicht

Ich möchte eine Beratung über den Gesamtzustand meiner Zähne. ja nein

Ich möchte eine Beratung über ein aktuelles Problem. ja nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher

Kreislaufferkrankungen:

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt, wann?
- Einnahme gerinnungs-
hemmender Medikamente

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen - Darm - Erkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen

Erkrankungen des Nervensystems:

- Epileptiforme Anfälle / Krämpfe

Bluterkrankungen:

- Blutungsneigungen (Hämophilie)
- Blutarmut (Änämie)

Allergien:

- Ekzeme
- Penicillin - Überempfindlichkeit
- Asthma

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Überempfindlichkeit gegen

Infektionskrankheiten:

- Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A oder B)
- Tuberkulose
- Chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.
- AIDS, HIV
- Herpes simplex, Herpes zoster

Immunsystem:

Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? ja nein

Wenn ja welche?

Sonstige Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Sind oder waren Sie drogenabhängig? ja nein

Sind Sie frisch operiert? ja nein

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

Besitzen / möchten Sie ein Röntgennachweisheft? ja nein

Sind Sie schwanger? (Welcher Monat?) ja nein _____

Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?
