

## PATIENTENFRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um uns sorgfältig um Sie und Ihre Zähne kümmern zu können, benötigen wir außer Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle und risikoarme Behandlung. Bitte füllen Sie dafür Seite 1-2 aus.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geb-datum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel (privat): \_\_\_\_\_ Tel (mobil): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbstversichert sind, wer ist Versicherungsmitglied:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geb-datum: \_\_\_\_\_

**BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND:**

### Herz-Kreislaufsystem:

Herzklappenfehler oder Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
niedriger Blutdruck/Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Allergien/Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Antibiotika	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
andere Allergien:	_____	

weitere Erkrankungen:

Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Infektionserkrankung (Tbc, Hepatitis, HIV)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
grauer Star	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
andere Erkrankungen:	_____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind sie schwanger?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---------------------	--------------------------	----------------------------

Möchten Sie eine <u>örtliche Betäubung</u> bei größeren Behandlungen? (Risiken: allergische Reaktion, Hämatom, reversible/irreversible Nervenschädigung, Verkehrsuntüchtigkeit)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

Möchten Sie regelmäßig an Ihren <u>Vorsorgetermin</u> erinnert werden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**DATUM, UNTERSCHRIFT:** \_\_\_\_\_