

PATIENTEN FRAGEBOGEN



**ZAHNARZT
PRAXIS AM
ALBTAL
BAHNHOF**
FRAUKE BORCHERT

Liebe Patientinnen und Patienten,

für eine individuelle und auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

PATIENT

Name

Geburtsdatum

Vorname

Geburtsort

Name, Vorname, der/des Versicherten, falls abweichend

Geburtsdatum der/des Versicherten

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

PLZ

Telefon (privat/mobil)

Ort

Telefonnummer beruflich

Beruf/Arbeitgeber

E-Mail-Adresse

Name & Anschrift Ihres Hausarztes

Name & Sitz der Krankenkasse

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
 Beihilfe Zusatzversicherung nicht versichert

GESUNDHEITZUSTAND

Hoher Blutdruck Ja Nein
Niedriger Blutdruck Ja Nein
Herzklappenfehler Ja Nein
Herzklappenersatz Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
Endokarditis Ja Nein
Herzoperation Ja Nein
Hochgradige Neutropenie Ja Nein
Mukoviszidose-Erkrankung Ja Nein
Organtransplantiert Ja Nein
Stammzellentransplantiert Ja Nein
Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Asthma/Lungenerkrankungen Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Diabetes/Zuckerkrankheit Ja Nein
Drogenabhängigkeit Ja Nein
Nervenerkrankung Ja Nein
Nierenerkrankungen Ja Nein
Ohnmachtsanfälle Ja Nein
Osteoporoseerkrankung Ja Nein
Raucher Ja Nein
Rheuma/Arthritis Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Sonstige Erkrankungen: Ja Nein

INFEKTIÖSE ERKRANKUNGEN

HIV-Infektion/Stadium AIDS Ja Nein
Lebererkrankung/Hepatitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Andere Infektionskrankheiten Ja Nein

ALLERGIEN BZW. UNVERTRÄGLICHKEITEN

Lokalanästhesie/Spritzen Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Metalle: _____

- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat
- Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Ja Nein Wenn ja, wann? _____
- Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?
 Nehmen Sie Bisphosphonate? Ja Nein seit _____
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? Ja Nein seit _____
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? Ja Nein seit _____
- Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? Ja Nein seit _____
- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? Ja Nein
- Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle) operiert? Ja Nein
- Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Halswirbelsäule)? Ja Nein
- Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben: _____

ZAHN-MUND-SITUATION

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Zahnschmerzen | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Tragen Sie Zahnersatz? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Wenn ja, seit wann? | _____ |
| Geräusche im Kiefergelenk | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Lehnen Sie Amalgam grundsätzlich ab? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Kopf- und Nackenschmerzen | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Kennen Sie die Professionelle Zahnreinigung (kurz: PZR)? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Welche Zahnpflegemittel verwenden Sie? | _____ | | |

STÖRT SIE ETWAS AM AUSSEHEN IHRER ZÄHNE?

- Zahnfarbe
- Zahnstellung
- Lücke(n)
- Sonstiges: _____

WÜNSCHEN SIE EINE GEZIELTE BERATUNG ÜBER

- Bleaching/Zahnaufhellung
- Zahnersatzlösungen
- Implantate
- Amalgamaustausch
- Prothesenreinigung
- Professionelle Zahnreinigung
- Sonstiges: _____

WAS HABEN SIE BISHER BEI ZAHNARZTBESUCHEN AM MEISTEN VERMISST (Z. B. BERATUNG, INFORMATIONEN, ETC.)?

OPTIONAL AUSZUFÜLLEN

RECALL-SERVICE
 Wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin per SMS/Telefon erinnert zu werden? Ja Nein

EINE LETZTE FRAGE
 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

WICHTIGER HINWEIS

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bestätigen Sie uns bitte:

- Ich stimme einer Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.

Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten, informiere ich Sie umgehend.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter _____