

Vorname, Name

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient!

Sie wollen sich gleich zahnärztlich untersuchen und ggf. auch behandeln lassen.
Damit wir Sie optimal betreuen können, benötigen wir jährlich aktuelle Angaben zu Ihrer Person und Ihrer allgemeinen Gesundheit.

Bitte füllen sie beide Seiten des Patientenfragebogens sorgfältig und vollständig aus, indem Sie Zutreffendes ankreuzen und ggf. schriftlich ergänzen.

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

1) Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit noch in ärztlicher Behandlung?..... Ja Nein

2) Wer ist Ihr Hausarzt? _____

3) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Salben oder Tropfen?..... Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

4) Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Haben Sie Heuschnupfen, eine Jod- Ja Nein
oder Penicillinallergie?

Haben Sie andere Allergien (z.B. Medikamente oder Spritzen) _____

5) Traten bei Ihnen bei Verletzungen oder Zahnentfernungen längere Blutungen auf?..... Ja Nein

6) Sind jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen aufgetreten?..... Ja Nein

7) Leiden oder litten Sie an einer oder mehreren der hier aufgeführten Krankheiten?

Herzerkrankung Ja Nein Infektionskrankheiten Ja Nein

Herzklappenfehler Ja Nein (z.B. Tbc, HIV, Hepatitis A, B, oder C)

Herzschrittmacher Ja Nein Unfall, Verletzung im Kieferbereich Ja Nein

hoher Blutdruck Ja Nein Lebererkrankung Ja Nein

niedriger Blutdruck Ja Nein Magen/Darmerkrankung Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein Rheuma Ja Nein

Blutkrankheiten Ja Nein Asthma Ja Nein

Gerinnungsstörungen Ja Nein Nervenerkrankungen, Epilepsie Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein Migräne Ja Nein

Nierenfunktionseinschränkung Ja Nein genetische Erkrankung Ja Nein

Zuckerkrankheit Ja Nein (z.B. Down-Syndrom)

insulinpflichtig Ja Nein Osteoporose Ja Nein

andere Erkrankungen Ja Nein

welche? _____

8) Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, seit wann? _____

9) Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt? _____



- 10) Haben sie in Ihrem Munde folgendes bemerkt?
- Zahnschmerzen Ja Nein Wackeln/Wandern von Zähnen..... Ja Nein
- Zahnverlust Ja Nein Zahnfleischbluten Ja Nein
- Schwellung und Rötung des Zahnfleisches Ja Nein
- Kälteempfindlichkeit der Zähne..... Ja Nein
- Mundgeruch Ja Nein
- Wurden Sie auf Mundgeruch angesprochen? Ja Nein
- 11) Sind Sie mit dem Aussehen/Zahnfarbe/Zahnstellung Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein
- 12) Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, seit wann und wie viel? _____
- 13) Legen sie Wert auf Behandlung unter lokaler Betäubung?..... Ja Nein
- Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**
- 14) Sind Sie an Prophylaxe von Karies- und Parodontalerkrankungen interessiert? Ja Nein

Braucht nur von neuen Patienten ausgefüllt zu werden:

- 15) Haben Sie Kronen oder Brücken?..... Ja Nein Wenn ja, seit wann? _____
- 16) Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?.. Ja Nein Wenn ja, seit wann? _____
- 17) Haben oder hatten sie eine kieferorthopädische Behandlung?..... Ja Nein
- Wenn ja, wann und wo? _____
- 18) Hatten Sie schon einmal eine „Zahnfleisch-“ oder Parodontalbehandlung?..... Ja Nein
- Wenn ja, wann und wo? _____
- 19) Haben Ihre Eltern oder Geschwister durch Parodontitis Zähne verloren?..... Ja Nein
- 20) Haben Sie Knacken oder Geräusche im Kiefergelenk?..... Ja Nein
- 21) Haben oder hatten sie Schmerzen im Kiefergelenk?..... Ja Nein
- 22) Haben oder hatten Sie Aufbiß- oder Knirscherschienen?..... Ja Nein
- 23) Haben Sie ein Bonusheft?..... Ja Nein
- 24) Haben Sie einen Röntgenpass?..... Ja Nein
- 25) Brauchen Sie einen Röntgenpass?..... Ja Nein
- 26) Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
- Empfehlung, wenn ja, auf wessen? _____
- Telefonbuch Branchenbuch Internet Presse
- durch unsere Betreuung von Kindergärten und Schulen
- 27) Welche Erwartung haben Sie an uns und die Behandlung?
- _____
- 28) Welche langfristigen Vorstellungen und Ziele haben Sie für Ihre Zähne und Ihren Mund?
- _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter