

# PATIENTEN FRAGEBOGEN

**Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen im Interesse einer komplikationslosen Behandlung sorgfältig zu beantworten. Alle Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der strikten ärztlichen Schweigepflicht der Zahnärzte und aller Praxismitarbeiter.**

## Patient/-in

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Geburtsort	_____
Straße/Nr.	_____	Tel. Privat	_____
PLZ	_____	Tel. Mobil	_____
Ort	_____	E-Mail	_____

Krankenversicherung:  gesetzlich  privat Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Zahnzusatzversicherung:  ja  nein

Beihilfe:  ja  nein

Wenn Sie nicht selbst Mitglied der Krankenversicherung sind, über wen sind Sie versichert?

Name & Vorname	_____	Straße/Nr.	_____
Geburtsdatum	_____	PLZ/Ort	_____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Zeitung  Internet  Social Media

Ich komme auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden >>>**

## Fragen zur medizinischen Vorgesichte

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  nein  ja, wegen: \_\_\_\_\_

Name der behandelnden Praxis/des Arztes: \_\_\_\_\_

Adresse & Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  nein  ja, diese: \_\_\_\_\_

Müssen Sie vor einer Behandlung ein Antibiotikum einnehmen?  nein  ja, wegen: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  nein  ja, gegen: \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?  nein  ja, in der \_\_\_\_\_ . Woche / im \_\_\_\_\_ . Monat

### Leiden oder litten Sie an nachfolgend genannten Krankheiten?

- |                             |   |                             |   |
|-----------------------------|---|-----------------------------|---|
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | Diabetes                    | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja |
| Epilepsie                   | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | Glaukom (grüner Star)       | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja |
| Asthma                      | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | Tumorerkrankungen           | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja |
| Osteoporose                 | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | Lebererkrankungen           | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja |
| Blutgerinnungsstörungen     | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | HIV, Hepatitis, Tuberkulose | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja |
| Pflegebedürftigkeit         | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | Pflegegrad _____            |   |

## Fragen zur zahnmedizinischen Vorgesichte

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?  nein  ja, etwas  ja, große Angst

Gibt es etwas an Ihren Zähnen, das Sie gerne geändert haben möchten?  nein  ja

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.**

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die Angaben vollständig und korrekt sind. Die Hinweise bezüglich des Datenschutzes und der elektronischen Patientenakte (aushängend) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin einverstanden, dass die Praxis mich an bevorstehende Termine erinnert und willige der Verarbeitung meiner Daten in der elektronische Patientenakte ein. Dies umfasst sowohl das Hochladen als auch das Abrufen medizinischer Informationen, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Ich kann der Nutzung jederzeit widersprechen.

Ort, Datum

Unterschrift