

Patientenfragebogen



Zahnärzte am Leipziger Platz
DRES. RÖDER + KOLLEGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal versorgen zu können und unnötige Risiken zu vermeiden, benötigen wir neben allgemeinen Daten auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und teilen Sie uns ggf. Änderungen sofort mit. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Unser Personal hilft Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Patient

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum, Ort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Beruf
Telefon (tagsüber und/oder privat)	Mobiltelefon	E-Mail
Hausarzt	Adresse	überweisender Arzt

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung:
 Basistarif Beihilfeberechtigt _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf des Versicherten
Arbeitgeber	Krankenkasse	

Möchten Sie an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnert werden? Ja Nein

Wenn ja, per Mail _____, per Telefon, per SMS unter _____

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Sind Sie ggf. mit Fotos für die Behandlungsdokumentation einverstanden (keine Weitergabe an Dritte)? Ja Nein

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte wenden

Allgemeine Gesundheitsfragen

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?
Wenn ja, weshalb? Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

Herz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kreislauf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lunge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leber	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nieren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gelenken (Rheuma)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Haben oder hatten Sie jemals...

Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fallsucht (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grünen Star	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Fragen zur Mundgesundheit

Sind sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähne putzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja welche?

Herzmedikamente: _____ Ja Nein

Cortison: _____ Ja Nein

Schmerzmittel: _____ Ja Nein

Antidepressiva: _____ Ja Nein

Blutverdünnende Medikamente: _____ Ja Nein

Bisphosphonate: _____ Ja Nein

Endokartitisprophylaxe: _____ Ja Nein

Sonstige Medikamente: _____

Allergien

Sind Sie gegen Medikamente allergisch? Ja Nein
Wenn ja, gegen welche

Besteht eine Allergie gegen Latex? Ja Nein

Sonstige Allergien: _____

Infektionskrankheiten

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

HIV/AIDS Ja Nein

MRSA Ja Nein

Krebs (Tumor)

Tumorerkrankung Ja Nein

Welche und wann?

Erhalten/erhielten Sie Bestrahlung? Ja Nein

Erhalten/erhielten Sie Chemotherapie? Ja Nein