

Patientenerhebungsbogen

Sehr geehrte Patienten,
viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sollten Sie mit der Beantwortung einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, sprechen Sie uns bitte an, wir helfen Ihnen gerne. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____ Tel. privat/ geschäftl. _____

Versicherter:

Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Versicherung

e-mail-adresse _____ Hausarzt _____

Sind oder waren Sie wegen folgender Erkrankungen in Behandlung?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Erhöhter Blutdruck			Schlaganfall		
Herzerkrankungen			Schilddrüsenerkrankungen		
Angina pectoris (Herzasthma)			Tuberkulose		
Herzinfarkt, wenn ja, wann			HIV, AIDS		
Haben Sie einen Herzpass?			Rheuma		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?			Epilepsie, Krampfanfälle		
Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen?			Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag		
Diabetes (Zuckerkrankheit)			Trinken Sie regelmäßig Alkohol?		
Lebererkrankungen, Hepatitis (Gelbsucht)			Für Frauen: Sind Sie schwanger?		
Lungenerkrankungen, Asthma			Leiden Sie an Zahnfleischbluten?		
Erhöhter Augeninnendruck, Glaukom			Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?		
Magen-Darm-Erkrankungen					
Nierenerkrankungen, Dialyse			Sind Sie tagsüber oft müde?		
Osteoporose			Schnarchen Sie?		
Bluterkrankungen, z. B. Blutungsneigung			Haben Sie nächtliche Atemaussetzer (Schlafapnoe, OSAS)?		
Depressionen					
Allergien, Überempfindlichkeiten Worauf?			Wünschen Sie eine örtliche Betäubung?		
Erkrankungen des Immunsystems, Immunsuppression			Haben Sie Angst vor der Behandlung?		

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass? O ein Bonusheft? O wenn ja, bitte zur Kopie vorlegen!

Liegt bei Ihnen eine Pflegestufe vor? Wenn ja, welcher Grad (I-V)? _____

Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen? Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus?

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung **1 Stunde** nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.

Datum

Unterschrift