

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen eine optimale medizinische Versorgung während der Behandlung zu gewährleisten, bitten wir um Ihre Unterstützung. Um potenzielle gesundheitliche Gefahren auszuschließen, füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus.

Patient: Nachname Vorname Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Telefonnummer

Versicherter: Name, Geburtsdatum, Wohnort

Krankenkasse*/Versicherung

E-Mail

☐ Gesetzlich versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Privat versichert

Stimme der elektronischen Patientenakte (EPA) zu ☐ ja ☐ nein

Hausarzt

Überwiesen von/empfohlen durch

Ich habe folgendes Anliegen:

- ☐ Routineuntersuchung/Kontrolle
☐ Individualprophylaxe/Professionelle Zahnreinigung
☐ Ich habe aktuell Beschwerden; Welche und seit wann: _____

☐ Sonstiges: _____

Leiden Sie an Zahnfleischbluten?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Kopfschmerzen/Migräne?

☐ Ja ☐ Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

☐ Ja ☐ Nein

Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

→ Wenn ja: wann _____

Gibt es aktuelle Röntgenbilder aus den letzten 12 Monaten?

☐ Ja ☐ Nein

→ Wenn ja: bei welchem Arzt?

Diese können von uns angefordert werden _____

*Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenkassenkarte nicht zum Termin vorgelegt wird

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

Herz oder Kreislauf	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche?	_____
Lunge (Asthma)	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche?	_____
Blut	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche?	_____
Leber	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche?	_____
Magen-Darm-Trakt	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche?	_____
Schilddrüse?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche?	_____
Nieren?	☐ Ja	☐ Nein		

Besteht eine Niereninsuffizienz? Wenn ja, welchen Grades? _____

Liegt ein Pflegegrad vor? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welchen Grades? _____

Hohen Blutdruck?	☐ Ja	☐ Nein	Fallsucht (Epilepsie)	☐ Ja	☐ Nein
Zucker (Diabetes)	☐ Ja	☐ Nein	Gelbsucht (Hepatitis)	☐ Ja	☐ Nein
Tuberkulose	☐ Ja	☐ Nein	Sind Sie HIV positiv?	☐ Ja	☐ Nein
Osteoporose?	☐ Ja	☐ Nein	Neigen Sie zu Blutungen?	☐ Ja	☐ Nein
Eine Tumorerkrankung / Chemotherapie?	☐ Ja	☐ Nein			
Wenn ja, welche (mit Jahresangabe) _____					

Sind Sie beim Zahnarzt schon einmal ohnmächtig geworden? ☐ Ja ☐ Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie aktuell schwanger? Falls ja, welcher Monat liegt vor?

☐ Ja ☐ Nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen oder rauchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Gibt es weitere Erkrankungen, die hier nicht erfasst wurden und über die Sie uns informieren möchten?

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche und wie häufig

☐ Ja ☐ Nein

Haben oder hatten Sie Allergien oder Unverträglichkeiten, wenn ja welche?

☐ Ja ☐ Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie folgendes:

- Alle Ihre Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzrichtlinien streng vertraulich behandelt. Sie geben Ihr Einverständnis zur Speicherung dieser Daten.
- Sie verpflichten sich, uns umgehend über jegliche Veränderungen Ihres Gesundheitszustands zu informieren.
- Nicht wahrgenommene Termine müssen spätestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden. Andernfalls können Ihnen die dadurch entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Sie nehmen zur Kenntnis, dass die Fahrtüchtigkeit nach der Gabe von (Lokal-)Anästhetika und anderen Medikamenten eingeschränkt sein kann.
- Sie haben die o.g. Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden.

Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter