

Sehr geehrte(r) Patient(in),

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig durchzulesen und vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Ihre Angaben sind freiwillig, werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Geburtsname, Vorname	Wohnanschrift	Geburtsdatum und -ort
Name gesetzl. Vertreter/ Erziehungsberechtigter / Versicherter	Vorname gesetzl. Vertreter/ Erziehungsberechtigter / Versicherter	Geburtsdatum
Telefon privat	Handynummer	Beruf zur Zeit

Besteht oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen, Beschwerden, Befunde?

	Ja / Nein		Ja / Nein
Herzerkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörung Wenn ja, dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz, Schrittmacher etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Herzpass? Wenn ja, bitte legen Sie uns diesen zur Kopie vor.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rheuma, rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Übermäßiges Nachbluten nach Operationen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Augenerkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		mit Chemotherapie oder Bestrahlung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	Ja / Nein		Ja / Nein
Magen-Darm-Erkrankung Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bekommen Sie Infusionen zur Osteoporosebehandlung? Wenn ja, wie oft? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, bitte legen Sie uns diesen zur Kopie vor.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Sind Sie alkoholkrank? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Sind Sie „trockener“ Alkoholiker? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Depressionen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leiden Sie an Zahnarztangst? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Drogen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Künstliche Gelenke oder Implantate? Wenn ja wo? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? (Falls vorhanden, Kopie Ihres Medikamentenzettels)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Name Ihres Hausarztes: _____

Letzter Zahnarztbesuch (für Neupatienten): _____ bei: _____

Weitere wichtige Informationen:

	Ja / Nein
Wurde Ihnen nach dem 2. Pflegestärkungsgesetz ein Pflegegrad zuerkannt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wurde im letzten ½ Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (lückenlose Einträge der letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Vorsorgetermine erinnert werden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Email

-Adresse: _____

SMS

-Handynummer: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich den Gesundheitsfragebogen sorgfältig gelesen und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Sollten sich diesbezüglich Änderungen ergeben, werde ich diese umgehend, vor der zahnärztlichen Behandlung mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter