

Name	_____	Vorname	_____
geboren am	_____		
PLZ Wohnort	_____	Straße	_____
Beruf	_____	Arbeitgeber	_____
Telefon priv.	_____	Tel. beruflich	_____
Versicherung	_____	Beihilfe/Zusatzversicherung	_____

Patientenfragebogen für die zahnärztliche Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele Krankheiten und Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit diesen Fragebogen sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

- Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____
- Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche: _____
- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein
Wenn ja, welche: _____
- Wann wurden Ihre Zähne zum letzten Mal geröntgt? _____
- Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein
- Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, weshalb: _____
- Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden aufgeführten Erkrankungen? ja nein
 - Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck? ja nein
 - Herzerkrankungen? ja nein
 - Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? ja nein
 - Herzschrittmacher? ja nein
 - Künstliche Gelenke? ja nein
 - Diabetes (Zuckerkrankheit)? ja nein
 - Allergien? ja nein
Wenn ja, auf welche Substanzen oder Medikamente reagieren Sie allergisch? _____
 - Atemwegserkrankungen? ja nein
 - Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein
 - Blutgerinnungsstörungen? ja nein
 - Rheuma? ja nein
 - Nierenerkrankungen? ja nein
 - Augenerkrankungen (z.B. Glaukom)? ja nein
 - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? ja nein
 - Osteoporose? ja nein
 - Krebserkrankungen? ja nein

Möchten Sie in Zukunft an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden? ja nein

Bitte beachten! Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrem Behandlungstermin.

Datum

Unterschrift