



ZAHNÄRZTE BLASHEIM

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____ in _____

Anschrift

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail Adresse _____ Beruf _____

Hausarzt

Name _____ Ort _____ Telefon _____

Versicherung

gesetzlich freiwillig privat Beihilfe Zahnzusatzversicherung

Pflegestufe

keine 1 2 3 4 5

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

	ja	nein		ja	nein
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie/Spastiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psychische Erkrankungen (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass/Stent/Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis (-Prophylaxe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung (z.B. Überfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen/ Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemotherapie/Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme von antitumoralen Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose (u./o. Medikamente für die Knochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen/Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig ein?

_____ wofür _____
_____ wofür _____
_____ wofür _____

Bitte wenden



Zahn-Mund-Kiefer-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis:

	ja	nein		ja	nein
Routineuntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geräusche im Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pressen oder Knirschen Sie		
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnfleischrückgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen Kopf/Nacken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnlockerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kariesanfälligkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann ? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

Vor _____ Monaten

Bei _____

Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja _____ Woche Nein Ungewiss

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass sie/er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z.B. Internet)?

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch den Einfluss lokaler Betäubungen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitte wir um entsprechende Mitteilung.

Datenschutzhinweise

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Zahnarzt meine erhobenen Patientendaten (u.a. Fotos, Röntgenbilder, Berichte) elektronisch verarbeiten, speichern und mit dem überweisenden und/oder mitwirkenden Zahnarzt/Arzt, dem zahntechnischen Labor oder Versicherungen sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten austauschen darf (Schweigepflichtsentbindung), soweit dies für die Diagnostik, Behandlung oder Nachsorge im Einzelfall erforderlich ist.

Die Einwilligung umfasst auch die zahnmed. Fachangestellten.

Hinweise zur Organisation:

Sie können einen Termin nicht einhalten?

Bitte sagen sie ihn mindestens 48 Stunden vorher ab.

Wir hoffen, dass Sie sich in unsere Praxis wohlfühlen. Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift