PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN
Patrick Weckwerth

PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Dieser Fragebogen dient dazu, die notwendigen Maßnahmen an Ihren Gesundheitszustand anzupassen. Falls Sie beim Ausfüllen Fragen haben oder sich Unklarheiten ergeben, helfen wir Ihnen gerne persönlich weiter.

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum _____

Straße & Hausnr. _____ Beruf / Arbeitgeber _____

Postleitzahl & Ort _____ Telefon (privat) _____

Hausarzt _____ Telefon (dienstlich) _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

INFEKTIÖSE ERKRANKUNGEN

	ja	nein
HIV-Infektion/Stadium AIDS	☐	☐
Lebererkrankung, Hepatitis A/B/C	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐
Andere Infektionskrankheiten	☐	☐

Wenn ja, welche? _____

_____

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Herzklappenfehler	☐	☐
Herzklappenersatz	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Endokarditis	☐	☐
Herzoperation	☐	☐
Hoher Blutdruck	☐	☐
Niedriger Blutdruck	☐	☐

ALLGEMEINE ANGABEN

	ja	nein
Drogenabhängigkeit	☐	☐
Blutgerinnungsstörungen	☐	☐
Osteoporoseerkrankung	☐	☐
Rheuma/Arthritis	☐	☐
Diabetes/Zuckerkrankheit	☐	☐
Nierenerkrankung	☐	☐
Asthma/Lungenerkrankung	☐	☐
Grüner Star/Glaukom	☐	☐
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐
Nervenerkrankung	☐	☐
Ohnmachtsanfälle	☐	☐
Raucher	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Sonstige Erkrankungen	☐	☐

Wenn ja, welche? _____

MEDIKAMENTE

	ja	nein
Bisphosphonate (Osteoporose, Tumor)	☐	☐
Marcumar, Aspirin, ASS o. ä.	☐	☐
Andere Medikamente	☐	☐

Wenn ja, welche? _____

ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

Lokalanästhesie/Spritzen	☐	☐
Antibiotika	☐	☐
Schmerzmittel	☐	☐
Metalle	☐	☐

Wenn ja, welche? _____

BEI PATIENTINNEN

Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐

Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

SONSTIGE FRAGEN

	ja	nein	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	☐	☐	seit _____
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	☐	☐	seit _____
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	☐	☐	seit _____
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	☐	☐	Datum: _____
Möchten Sie einen kostenlosen halbjährlichen Erinnerungsservice (Recall)?	☐	☐	
Besteht eine Zahnzusatzversicherung?	☐	☐	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann? _____

▶ Änderungen bitten wir Sie uns umgehend mitzuteilen. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Terminänderungen und -absagen sind so früh wie möglich, mindestens 24 Stunden vor der vereinbarten Behandlungszeit vorzunehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine behalten wir uns das Recht vor, Ihnen den kassenüblichen Satz privat in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Patrick Weckwerth | Pödeldorfer Str. 11 | 96052 Bamberg | Tel 0951.3 38 48 | Fax 0951.3 36 94