

Patientenbefragungsbogen

(bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!!)

Patient _____
 Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied _____
 Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____
 Straße _____ Tel. priv. _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____ Tel. geschäftl. _____

Krankenkasse _____ pflichtversichert freiwillig versichert privat Basistarif

Beruf _____

Arbeitgeber _____ Telefon _____

Anschrift des Arbeitgebers _____
 Straße _____ PLZ _____ Ort _____

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 der Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu unsere Behandlung ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. —Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
wenn ja, warum? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. —Haben oder hatten Sie jemals: | | |
| ■ eine Erkrankung des Herzens
(z.B. Herzklappenfehler, -ersatz, Endokarditis, Herzinfarkt, Angina Pectoris, etc)
wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ eine Asthma/Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Magen-Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Erkrankungen des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Rheuma/rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Tumorleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ zu hohem Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ zu niedrigem Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Allergien oder Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| ■ Infektionserkrankungen (z.B. TBC, AIDS, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 3. Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen? (z.B. Marcumar, ASS, Aspirin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

_____ | | |
| 5. Wann wurden Sie zum letzten Mal zahnärztlich geröntgt? (Datum) _____ | | |
| 6. Für Patientinnen: Sind sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung mit lokaler Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Empfohlen durch: _____

Datum

Unterschrift