

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, denn auch Allgemeinerkrankungen oder Medikamenteneinnahmen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Beruf / Arbeitgeber _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert	☐ ja	Zusatzversicherung	☐ ja	☐ nein	Pflegegrad	☐ ja	☐ nein		
privat versichert	☐ ja	beihilfeberechtigt	☐ ja	☐ nein	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherte / Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Wer war Ihre vorherige Zahnärztin / Ihr vorheriger Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...**

- | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Leber | ☐ ja | ☐ nein |
| Nieren | ☐ ja | ☐ nein |
| Schilddrüse | ☐ ja | ☐ nein |
| Magen-Darm-Traktes | ☐ ja | ☐ nein |
| Gelenke (Rheuma) | ☐ ja | ☐ nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| hohen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| niedrigen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| eine Blutgerinnungsstörung | ☐ ja | ☐ nein |
| einen Schlaganfall | ☐ ja | ☐ nein |
| Asthma | ☐ ja | ☐ nein |
| Diabetes | ☐ ja | ☐ nein |
| (letzter HbA1c-Wert: _____) | | |
| Osteoporose | ☐ ja | ☐ nein |
| Epilepsie | ☐ ja | ☐ nein |
| Grünen Star | ☐ ja | ☐ nein |
| Tuberkulose | ☐ ja | ☐ nein |
| HIV (Aids) | ☐ ja | ☐ nein |
| Krebserkrankungen | ☐ ja | ☐ nein |
| Hepatitis (Typ ☐ A ☐ B ☐ C) | ☐ ja | ☐ nein |
| eine Gelenkprothese | ☐ ja | ☐ nein |
| (z. B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) | | |
| Wenn ja, wo und seit wann? | | |
-

Haben Sie Allergien?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Allergie gegen Latex | ☐ ja | ☐ nein |
| Allergie gegen Penicillin | ☐ ja | ☐ nein |
| Sonstige Allergien, wenn ja, welche? | ☐ ja | ☐ nein |
-

Sonstige Erkrankungen / Anmerkungen:

Datum**Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n ...**

- | | |
|---|---|
| ☐ Stents / Bypass | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ künstliche Herzklappe |
| ☐ Herzklappenentzündung | ☐ _____ |

Medikamente: Nehmen oder nahmen Sie ...

- | |
|---|
| ☐ Herzmedikamente |
| ☐ Endokarditisprophylaxe-Medikament(e) |
| ☐ Cortison (Kortikoide) |
| ☐ Schmerzmittel |
| ☐ blutverdünnende Medikamente
(Marcumar®, ASS, Eliquis®) |
| ☐ Antidepressiva |
| ☐ Bisphosphonate |
| ☐ andere Medikamente: |
-
-

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Wird/wurde bei Ihnen eine Chemotherapie / Bestrahlung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann ist der errechnete Geburtstermin?

Zum Schluss

Rauchen Sie?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie akute Zahnschmerzen?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, wo?		

Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein

Unterschrift