

Patienten- Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient) _____ Geburstdatum, Geschlecht _____

Straße, Hausnr. _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefon (privat,mobil) _____ Hausarzt (Name,Tel.) _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

Gesundheitszustand:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bitte ankreuzen zusätzlicheInformationen

- | | | | |
|-----------------------------------|----|------|-------|
| * Hoher Blutdruck (Hypertonie) | ja | nein | _____ |
| * Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | ja | nein | _____ |
| * Herzklappenerkrankung/-defekt | ja | nein | _____ |
| * Herzerkrankung | ja | nein | _____ |
| * Herzoperation | ja | nein | _____ |
| * Herzschrittmacher | ja | nein | _____ |

Infektionskrankheiten:

- | | | | |
|---------------|-------|------|-------|
| * HIV | ja | nein | _____ |
| * Hepatitis | ja | nein | _____ |
| * Tuberkulose | ja | nein | _____ |
| * andere | _____ | | |

Allergien / Unverträglichkeiten:

- | | | | |
|--------------------|-------|------|-------|
| * Lokalanästhetika | ja | nein | _____ |
| * Schmerzmittel | ja | nein | _____ |
| * Antibiotika | ja | nein | _____ |
| * andere | _____ | | |

Weitere Erkrankungen:

- | | | | |
|----------------------------|-------|------|-------|
| * Blutgerinnungsstörungen | ja | nein | _____ |
| * Asthma | ja | nein | _____ |
| * Lungenerkrankungen | ja | nein | _____ |
| * Schildrüsenerkrankung | ja | nein | _____ |
| * Rheuma | ja | nein | _____ |
| * Epilepsie | ja | nein | _____ |
| * Diabetes | ja | nein | _____ |
| * Nierenfunktionsstörungen | ja | nein | _____ |
| * Ohnmachtsneigung | ja | nein | _____ |
| * andere | _____ | | |

Allgemeine Angaben:

- | | | | |
|---------------------------|----|------|-------|
| * Drogenkonsum | ja | nein | _____ |
| * Raucher | ja | nein | _____ |
| * Alkoholkonsum | ja | nein | _____ |
| * Regelmäßige Medikamente | ja | nein | _____ |
| * Schwangerschaft | ja | nein | _____ |

Worauf legen Sie bei Ihrer Behandlung Wert?

Haben Sie ein Interesse daran Ihr Kariesrisiko zu senken und Ihre Zähne lebenslang zu erhalten?

ja nein

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte ich um rechtzeitiges Absagen (mind. zwei Tage im voraus).

Für nicht eingehaltene Termine können Ihnen Kosten entstehen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 6, 7 Absatz 1 lit. a DSGVO

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter
