

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	zusätzliche Informationen
* 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	_____
* Schilddrüsenenerkrankung	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
