

## PATIENTENFRAGEBOGEN



Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte Seite 1 – 2 vollständig ausfüllen.

.....  
Nachname und Vorname (Patient)

.....  
Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort

.....  
Telefon privat

.....  
Telefon tagsüber

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Name der Krankenkasse / Zusatzversicherung

.....  
Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen

.....  
Nachname und Vorname (Zahlungspflichtiger)

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort

**Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung eine Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.**

.....  
Datum

.....  
Erziehungsberechtigter

### **Allgemeine Angaben**

Raucher  Ja  Nein  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, seit wann ...../  
Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein Wenn ja, Datum ...../  
**Schwangerschaft**  Ja  Nein Wenn ja, **welcher Monat:** .....

**Wünschen Sie eine Beratung über eine Professionelle Zahnreinigung**  Ja  Nein

**Pflegegrad, wenn ja welche Stufe?** .....

**Haben Sie Zahnersatz**  Ja Wenn ja, seit wann? .....  Nein

Möchten Sie in unser halbjährliches Recallsystem aufgenommen werden?  Ja  Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

## PATIENTENFRAGEBOGEN

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

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- |                                 |                             |                               |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie)    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenerkrankung /-defekt  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzerkrankung                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Endokarditis-Prophylaxe         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Medikamente

### Infektionserkrankungen

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| HIV                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis A, B oder C (bitte ankreuzen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| andere.....                             |                             |                               |

### Medikamente

### Allergien / Unverträglichkeiten

- |                  |                             |                               |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schmerzmittel    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Antibiotika      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| andere.....      |                             |                               |

### Weitere Erkrankungen

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankung             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rheuma                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenfunktionsstörungen     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohnmachtsneigung             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Grauer Star                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Krankenhauskeim (MRSA)       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bisphosphonate (Osteoporose) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| andere.....                  |                             |                               |

### Medikamente

### Wichtige Informationen

**Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auch von MKG Hohenschönhausen mitgenutzt werden, so lange es der kollegialen Zusammenarbeit dienlich ist. Weiter willige ich ein, dass meine Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden dürfen. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.**

**Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.**

**Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder spätestens 24h im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen und verstanden habe.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger /Erziehungsberechtigter