

Sehr verehrte Patientin, geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Probleme und Wünsche unterhalten, bitten wir Sie um einige Auskünfte, die Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben können.

Darüber hinaus benötigen wir natürlich Ihre Personalien.

Wenn Sie längere Zeit nicht bei uns in Behandlung waren, bitten wir um ein erneutes Ausfüllen dieses Fragebogens. Falls sich Angaben ändern, möchten wir Sie bitten uns das mitzuteilen.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Mitglied (bei Fam. Angeh.): _____ Vorname: _____ geb.: _____

Adresse: _____ PLZ. / Ort: _____

Telefon: privat: _____ Handy: _____

dienstl.: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse, Versicherung: _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und beantworten Sie die Fragen.

Ärztliche Behandlung: Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt / Kinderarzt: Name, Adresse, Telefon: _____

Medikamente: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Allergien: Gegen welche Materialien / Medikamente, besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma (Angina Pectoris)? ja nein
Herzschrittmacher / Herzklappenersatz? ja nein
Sonstiges: _____

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
Sonstiges: _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Besteht eine Hyperaktivität? ja nein

Stoffwechsel-
erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges: _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges: _____

Erkrankungen des Nervensystems: Depressionen? ja nein
Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/ _____)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankung der Atemwege (Husten etc.)? ja nein
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges: _____

Weitere Angaben: Haben Sie Schmerzen? ja nein
Waren Sie während des letzten Jahres in zahnärztlicher Behandlung? ja nein
Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein
Tragen Sie Zahnersatz, Brücken oder Kronen? ca. _____ Jahre
Rauchen Sie? ja nein
Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein
Bei Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein
Besteht eine Einstufung in einen Pflegegrad nach § 15 SGB XI und wenn ja, welcher Pflegegrad? _____
Erhält der Versicherte eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wo? _____

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis durch digitale Röntgentechnik.

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____

Möchten Sie eine Terminerinnerung, mit der wir Sie schriftlich oder per E-Mail an die Vorsorgeuntersuchung erinnern? ja nein

Wünschen Sie Informationen zu einer kieferorthopädischen Beratung / Behandlung? ja nein

Datum, _____ Unterschrift: _____

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe.
Dr. Pia Lachmann – Dr. Jens Lachmann