

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Wir führen Sie in unserer Patientenakte mit nachfolgenden Angaben. Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:  Pflichtversichert  Freiwillig versichert

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,  
um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

ja  nein

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

schriftlich  per SMS

per E-Mail \_\_\_\_\_

### Wichtige Informationen

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf od. Gefäßerkrankungen                    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung          | <input type="checkbox"/> Erkrankung der inneren Organe<br>(z. B. Leber -> Hepatitis ABC)  |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Marcumar / Gerinnungshemmer                  | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (z. B. Epilepsie)   |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörung                | <input type="checkbox"/> Leiden Sie an Ohrenerkrankungen (Tinnitus)   |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation           | <input type="checkbox"/> Besteht eine Schwangerschaft   |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeitsreaktionen / Allergien /<br>Unverträglichkeiten (z. B. gegen bestimmte<br>Medikamente, Metalle, Kunststoffe) |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck / Ohnmachtsneigung                    |   |
| <input type="checkbox"/> Rheuma  |   |
| <input type="checkbox"/> Asthma, chronisch obstructive Lungenerkr. od. Atemnot     |   |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids, HIV) |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  |   |

Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht aufgeführt wurden? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Frühere Röntgenuntersuchung. Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt: \_\_\_\_\_ Rauchen Sie?  ja  nein

## Grund Ihres Besuchs

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen        | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden          | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleisch bluten   | <input type="checkbox"/> Knirschen                         |                                     |

## Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | <input type="checkbox"/> Starker Würgereiz |
| <input type="checkbox"/> Starke Schmerzempfindlichkeit          | <input type="checkbox"/> Sonstiges         |

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? \_\_\_\_\_

## Beratungswunsch

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung          | <input type="checkbox"/> Gold- bzw. Keramikinlays              | <input type="checkbox"/> eine »zweite Meinung« |
| <input type="checkbox"/> Bleaching / Zahnaufhellung            | <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch und Alternativen     | <input type="checkbox"/> Sonstiges             |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | <input type="checkbox"/> Implantate / Implantatversorgung      |  |
| <input type="checkbox"/> Kinder/ Erwachsenenprophylaxe         | <input type="checkbox"/> Bakterien- bzw. Gentest / Parodontose |  |

Sollen wir die Behandlungsschritte erklären?  ja  nein

Wann war die letzte Zahnarztbehandlung? Monat/Jahr

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst? \_\_\_\_\_

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_