

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Gärtner und Schuka. Dieser Fragebogen hilft uns, unsere Behandlung optimal auf Sie auszurichten und Zeit für unser persönliches Gespräch zu gewinnen. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß. Beachten Sie bei Ihrer Terminplanung, dass auch eine **lokale Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen kann.**

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefon privat	Telefon geschäftlich	Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

selbst versichert **versichert durch/über** Ehemann Ehefrau Vater Mutter

Name des Hauptversicherten	Vorname des Hauptversicherten	Geburtsdatum des Hauptversicherten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse des Hauptversicherten

Beruf	Arbeitgeber	Hausarzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einige Medikamente können sich gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussen. Eventuelle Vorerkrankungen können sich auch auf Ihre Mundgesundheit auswirken. Daher benötigen wir folgende Informationen, um Ihre Therapie planen zu können.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

Herzens oder Kreislaufs Ja Nein
 Leber Ja Nein
 Nieren Ja Nein
 Schilddrüse Ja Nein
 Magen-Darm-Traktes Ja Nein
 Gelenke (Rheuma) Ja Nein

Haben oder hatten Sie ...

Hohen/niedrigen Blutdruck..... Ja Nein
 Diabetes Ja Nein
 Epilepsie Ja Nein
 Grünen Star Ja Nein
 Zahnfleischbluten Ja Nein
 Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? Ja Nein
 Neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein
 Wurde ein HIV-Test durchgeführt? Ja Nein
 Wenn ja..... positiv negativ
 Haben oder hatten Sie eine Hepatitis? Ja Nein
 Wenn ja, welcher Typ? A B C

Haben Sie einen Röntgenpass?

Ja Nein

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

Ja Nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? Ja Nein

Datum

Unterschrift

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben, die Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.