

Nachname .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

**Patientenfragebogen**

Die Beantwortung der folgenden Fragen ist für Ihre Behandlung von großer Bedeutung. Sollten Sie hierbei Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den Aufnahmezahnarzt.

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

**Ja    Nein**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Liegt ein Arbeits- oder Schulunfall vor?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist im Verlauf des letzten Jahres eine Änderung in Ihrer Gesundheit eingetreten oder haben Sie deutlich an Gewicht verloren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?<br>Wer ist Ihr Hausarzt? ..... Wer ist Ihr Hauszahnarzt? .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja, bitte auf der Rückseite des Formulars notieren.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Neigen Sie zu Allergien (Überempfindlichkeiten)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie eine Herzerkrankung, einen Herzfehler oder Herzbeschwerden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie zu hohen Blutdruck? (Kennen Sie Ihren Blutdruck? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben oder hatten Sie eine Atemwegs- oder Lungenerkrankung (Asthma, Tuberkulose)_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind Sie zuckerkrank (Haben Sie Diabetes)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie Blutgerinnungsstörungen, eine verlängerte Blutung nach Verletzungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben/hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben/hatten Sie eine Nierenerkrankung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben/hatten Sie eine Lebererkrankung ( <i>Gelbsucht</i> , Hepatitis A, - B, - C)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hatten Sie Ohnmachts- oder Krampfanfälle (Epilepsie)? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Haben Sie grünen Star (ein Glaukom)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hatten Sie ein akutes rheumatisches Fieber?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Benötigen Sie ein Antibiotikum vor einem zahnärztlichem Eingriff?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Haben Sie zur Zeit eine akute Infektionserkrankung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sind Sie schon einmal auf HIV (AIDS) untersucht worden)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Leiden Sie an einer Krankheit oder Beschwerden, die hier nicht aufgeführt sind? .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Patientinnen: Sind Sie zur Zeit schwanger oder besteht die Möglichkeit hierfür?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Kommen Sie    - zur Beratung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - zur Notfallbehandlung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - zur Sanierung (umfassende Weiterbehandlung in der Klinik)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - durch Überweisung von. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Waren Sie im letzten Jahr in zahnärztlicher Behandlung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eigene Anmerkungen/Ergänzungen/Wünsche: .....

**Datum**

**Unterschrift**

*überprüft/aktualisiert:*

*Datum: .....*

*Behandler: .....*