

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

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

**Datum****Unterschrift****überprüft/aktualisiert:****Datum:** .....**Behandler:** .....