



# PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

## IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

Name ..... Vorname ..... Titel .....

Straße ..... Hausnummer ..... Geburtsdatum .....

Postleitzahl ..... Ort ..... E-Mail .....

Telefon (privat) ..... Telefon (mobil) ..... Telefon (geschäftlich) .....

Beruf ..... Arbeitgeber .....

Ihr Hausarzt (Name, Ort) .....

Haben Sie eine ärztliche / zahnärztliche Überweisung? .....

Ihre Versicherung .....

Sind Sie familienversichert? Wenn ja, über wen? (Name, Geburtstag, Adresse) .....

Besteht eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen? .....

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

Bitte umklappen.

## ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

### ALLGEMEINE ANGABEN

	Ja	Nein	Wenn ja, wie oft?
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0–10 tägl. <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten täglich
	Ja	Nein	Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?
Befinden Sie sich in einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

### HERZERKRANKUNGEN

	Ja	Nein	Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzoperation (Stent, Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herz-/ Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

### INFEKTIONSERKRANKUNGEN

	Ja	Nein	Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

## ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

	Ja	Nein	Wenn ja, gegen welches Medikament besteht eine Unverträglichkeit?
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
andere: .....			

## WEITERE ERKRANKUNGEN

	Ja	Nein	Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Bisphosphonat-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
andere: .....			

### Datenschutz:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher von uns streng vertraulich behandelt. Der Speicherung Ihrer persönlichen Daten stimmen Sie zu. Sie können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine schriftliche Erklärung, zum Beispiel per E-Mail an [info@zahnaerzte-lutherplatz.de](mailto:info@zahnaerzte-lutherplatz.de) oder per Post, widerrufen.

Sie verpflichten sich:

- + die Zahnarztpraxis Greßbach + Kollegen umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- + vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen.

Hier bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort ..... Datum ..... Unterschrift .....

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!  
Ihr Team der Zahnarztpraxis Greßbach + Kollegen