

Patientenfragebogen

1. Persönliche Daten

Patient			
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter			
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse			
	Straße/Hausnummer	Postleitzahl/Ort	
Telefon			
	privat	geschäftlich	mobil
Email			
Versicherung			
	gesetzlich	privat	privat reduzierter (Standard) Tarif

Name und Anschrift Ihres Hausarztes, gegebenenfalls des Facharztes:

Name	Postleitzahl	Ort	Straße/Hausnr.

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? Freiwillige Angabe!

Persönliche Empfehlung	Internet	sonstiges

2. Recall-System

Ich bin einverstanden, in das Recall-System der Praxis aufgenommen zu werden um so in regelmäßigen Abständen an Termine für die zahnärztliche Prophylaxe erinnert zu werden. Dies kann auf Wunsch wieder rückgängig gemacht werden.

Ja	Nein
----	------

3. Info Anästhesie

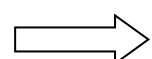
Bei zahnärztlichen Anästhesien ist die Verkehrstüchtigkeit grundsätzlich eingeschränkt. Sie sollten daher öffentliche Verkehrsmittel verwenden oder eine fahrende Begleitperson beauftragen.

Über die Risiken einer Leitzungsanästhesie werden Sie gesondert informiert. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis zu einer Schmerzausschaltung mittels Leitungsanästhesie, **wenn dies von Ihnen vor oder während einer Behandlung gewünscht wird.**

Ich fühle mich ausreichend über die Risiken aufgeklärt und bestätige dies mit folgender

Erlangen, den.....

Unterschrift



4. Gesundheitsfragen

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ich bitte Sie daher diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt und unterliegt der strengen ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Datenschutzrichtlinien.

Liegen bei Ihnen eine oder mehrere folgender Erkrankungen vor:

		ja	nein
Herzerkrankungen	Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endokarditisprophylaxe nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher, Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		
Kreislaufkrankungen	Blutdruck zu hoch <input type="checkbox"/> zu niedrig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems	Epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergien		
	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(Allergiepass?)		
Stoffwechselerkrankungen	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen - Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Bisphosphonaten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente/Einnahme		
		
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben	Datum letztes Röntgenbild:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leiden Sie an Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leiden Sie an Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie mit Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Zähne (u.a. Fluoridierung) bei Ihren Kindern einverstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die Richtigkeit obiger Angaben:
Erlangen,

den

Unterschrift

Stand: **10/2020**