

## Patienten-Erhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung

(Bitte spätestens alle 3 Jahre neu ausfüllen)

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung  ja  nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?  Google  Jameda  Praxis-Homepage  Empfehlung

### Bitte ankreuzen

Leiden Sie an Zahnfleischbluten?  ja  nein

Haben Sie zu hohen Blutdruck?  ja  nein

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?  ja  nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Wenn ja, welche?  ja  nein

Herzklappenfehler  Herzklappenprothesen  Herzinnenhautentzündung / Endokarditis

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

Bitte wenden ►

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

ja  nein

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Zuckerkrankheit  | <input type="radio"/> Magen-Darmerkrankung  |
| <input type="radio"/> Erkrankungen des Blutes, z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen                               | <input type="radio"/> HIV / Immunschwäche AIDS                                    |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung   | <input type="radio"/> Osteoporos  |
| <input type="radio"/> Asthma / Lungenerkrankung  | <input type="radio"/> Krebserkrankungen; wenn ja, welche?<br>_____                |
| <input type="radio"/> Nervenkrankung   | <input type="radio"/> Allergien, z.B. Heuschnupfen                                |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung/Hepatitis Typ: <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C | Haben Sie einen Allergiepass? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> Rheuma / rheumatisches Fieber  | Wenn ja, ausgestellt von:<br>_____  |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung   |   |
| <input type="radio"/> Anfallsleiden, z.B. Epilepsie  |   |

Schnarchen Sie?  ja  nein

Leiden Sie an Tagesmüdigkeit?  ja  nein

Haben Sie oder Ihr/e Partner/in Atemaussetzer festgestellt?  ja  nein

Liegt bei Ihnen Mundgeruch (Halitosis) vor?  ja  nein

Wenn ja,  durch Sie selbst festgestellt oder  von anderen erfahren?

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?  ja  nein

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?

Datum (ungefähr): \_\_\_\_\_ Organ: \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in der wievielten Woche? \_\_\_\_\_

Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus  ja  nein

oder in ärztlicher Behandlung?

Sonstige Anmerkungen und Informationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:**

Eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) kann Ihre Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr sowie der Bedienung von Maschinen beeinträchtigen.

- Ich bin damit einverstanden, von der Zahnarztpraxis Dres. Ohlmeier & Enger Informationen per E-Mail zu erhalten und kann meine Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum

Unterschrift