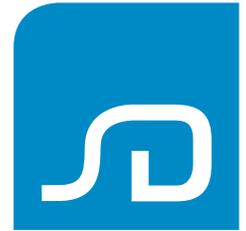


# PATIENTENFRAGEBOGEN



DR. STEFAN  
DAUT  
ZAHNARZT

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal versorgen zu können, benötigen wir neben einigen allgemeinen Daten auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und teilen Sie uns ggf. Änderungen sofort mit. Unser Personal hilft Ihnen gerne beim Ausfüllen.

## Patient

_____ Name des Patienten	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum, Ort
_____ Straße, Nummer	_____ PLZ, Ort	_____ Beruf (freiwillig)
_____ Telefon (tagsüber und/oder privat) (freiwillig)	_____ Mobiltelefon (freiwillig)	_____ E-Mail (freiwillig)
_____ Hausarzt	_____ Adresse	

## Versicherung

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Gesetzlich versichert       Privat versichert       Zusatzversicherung  
 Basistarif       Beihilferechtigt

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum	_____ Beruf des Versicherten
_____ Arbeitgeber	_____ Krankenkasse	

Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden?  Ja  Nein  
Wenn ja, per  Telefon, per  SMS unter \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (freiwillig)  
\_\_\_\_\_

Dürfen wir Auskunft an Angehörige geben?  Ja  Nein  
Wenn ja, an wen? Name: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte wenden

## Allgemeine Gesundheitsfragen

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?  Ja  Nein  
Wenn ja, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

### Jetzige oder frühere Erkrankungen

Magen-/Darmerkrankung  Ja  Nein  
Atemwegserkrankung  Ja  Nein  
Lebererkrankungen  Ja  Nein  
Nierenerkrankung  Ja  Nein  
Herzkrankungen  Ja  Nein  
Welche: \_\_\_\_\_  
Schlaganfall  Ja  Nein  
Parkinson  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein  
Grüner Star  Ja  Nein  
Rheumatische Krankheiten  Ja  Nein  
Blutgerinnungsstörung  Ja  Nein  
niedrigen Blutdruck?  Ja  Nein  
hohen Blutdruck?  Ja  Nein  
künstliche Gelenke?  Ja  Nein  
Herzklappenersatz?  Ja  Nein  
einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein  
Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  
Rauchen Sie? (freiwillige Angabe)  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

### Fragen zur Mundgesundheit

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?  Ja  Nein  
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein  
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?  Ja  Nein  
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe, PZR)?  Ja  Nein  
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?  Ja  Nein  
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen? \_\_\_\_\_

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

### Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Herzmedikamente: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Cortison: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Schmerzmittel: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Antidepressiva: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Blutverdünnende Medikamente: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Bisphosphonate: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Endokarditisprophylaxe: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_

### Allergien

Sind Sie gegen Medikamente allergisch?  Ja  Nein  
Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_  
Besteht eine Allergie gegen Latex?  Ja  Nein  
Sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten

Hepatitis  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
HIV/AIDS  Ja  Nein  
MRSA  Ja  Nein

### Krebs/Tumor

Tumorerkrankung  Ja  Nein  
Welche und wann? \_\_\_\_\_  
Erhalten/erhielten Sie Bestrahlung?  Ja  Nein  
Erhalten/erhielten Sie Chemotherapie?  Ja  Nein

Ort, Datum

Unterschrift