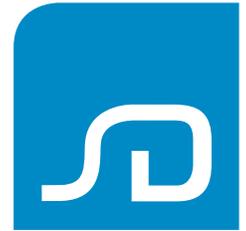


PATIENTENFRAGEBOGEN



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 Beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied 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