



## Patientendaten:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	
Straße:	
Postleitzahl/ Ort:	
Telefon privat:	
Mobil-Telefon:	
E-Mail:	
Fax:	
Beruf:	
Arbeitgeber:	
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert bei:	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
<input type="checkbox"/> Privat versichert bei:	
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt bei:	
<b>Sind Patient und Versicherungsnehmer/ Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:</b>	
Name:	
Vorname:	
geb:	
Straße/ Hausnummer:	Postleitzahl/ Ort:
Verwandschaftsverhältnis:	
Datum:	
Unterschrift:	



## Liebe Patienten/innen,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie daher, uns diesen Fragebogen einmal im Jahr vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis!

Bitte **KREISEN** Sie die zutreffende Antwort (**Ja/Nein**) ein.

### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

#### Herz

- ( ja ) ( nein ) Zustand nach Infarkt
- ( ja ) ( nein ) Herzinsuffizienz
- ( ja ) ( nein ) Muskelentzündung
- ( ja ) ( nein ) Verengung der Herzkranzgefäße
- ( ja ) ( nein ) Rythmusstörungen
- ( ja ) ( nein ) Bypassoperation
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenersatz
- ( ja ) ( nein ) Schrittmacher

#### Kreislauf

- ( ja ) ( nein ) niedriger Blutdruck
- ( ja ) ( nein ) Bluthochdruck
- ( ja ) ( nein ) Angina pectoris
- ( ja ) ( nein ) Durchblutungsstörungen
- ( ja ) ( nein ) Schlaganfall

#### Erkrankung des blutbildenden Systems

- ( ja ) ( nein ) Blutarmut
- ( ja ) ( nein ) Bluter

#### Augen

- ( ja ) ( nein ) Grauer Star
- ( ja ) ( nein ) Grüner Star

#### Atmungswege/Lunge

- ( ja ) ( nein ) Asthma

### Magen-Darm-Trakt

- ( ja ) ( nein ) Morbus Crohn

### Blase-Nieren

- ( ja ) ( nein ) Nierenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Dialyse

### Leber

- ( ja ) ( nein ) Hepatitis

### Bewegungsapparat

- ( ja ) ( nein ) Rheuma

### Zentrales Nervensystem

- ( ja ) ( nein ) epileptische Anfälle
- ( ja ) ( nein ) Migräne

### Stoffwechsel

- ( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenüberfunktion
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenunterfunktion

### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ( ja ) ( nein ) HIV bzw. AIDS
- ( ja ) ( nein ) Tuberkulose
- ( ja ) ( nein ) Tumorerkrankungen  
(Bestrahlung, Chemotherapie)

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel:	
Arzt:	
Ort:	
Telefon:	



## Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ( ja ) ( nein )      Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- ( ja ) ( nein )      Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- ( ja ) ( nein )      Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein )      Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein )      Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein )      Rauchen Sie?  
Wie viele Zigaretten am Tag?.....
- ( ja ) ( nein )      Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein )      Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?.....
- ( ja ) ( nein )      Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein )      Sind Sie z.Zt. schwanger?  
Wenn Ja, in welchem Monat?.....

## Weitere administrativ wichtige Informationen:

- ( ja ) ( nein )      Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- ( ja ) ( nein )      Haben Sie einen erweiterten Bonus von 10 Jahren?
- ( ja ) ( nein )      Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
- ( ja ) ( nein )      Haben Sie Interesse an Prophylaxe (Vorsorgemaßnahmen?)
- ( ja ) ( nein )      Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

## Falls Sie nur in Vertretung bei uns sind, wer ist Ihr Haus-Zahnarzt?

.....

## Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Plön, den ..... Unterschrift .....