



Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir freuen uns, Sie heute bei uns begrüßen zu dürfen.  
Bitte haben Sie Verständnis für den umfangreichen Fragebogen,  
der Ihnen und uns Ihre Behandlung erleichtert.

Fragebogen

Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Telefonnummer:

E-Mailadresse:

(Angabe freiwillig)

Versicherter

(ggf. Ehemann, Eltern)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Beruf

Bitte zutreffendes ankreuzen

Herz-Kreislaufkrankungen

( ja ) ( nein ) Leiden Sie an Herzerkrankungen?

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

( ja ) ( nein ) Leiden Sie an Blutdruckproblemen?

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten

- ( ja ) ( nein ) HIV/AIDS?  
( ja ) ( nein ) Hepatitis?  
( ja ) ( nein ) Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?  
( ja ) ( nein ) Tuberkulose?  
( ja ) ( nein ) MRSA Keim (multiresistente Bakterien)?  
( ja ) ( nein ) andere: \_\_\_\_\_
- 

### Allergien / Unverträglichkeiten

- ( ja ) ( nein ) Lokalanästhetika?  
Wenn ja, auf welches? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Antibiotika?  
Wenn ja, auf welches? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Schmerzmittel?  
Wenn ja, auf welches? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) andere: \_\_\_\_\_
- 

### Weitere Erkrankungen

- ( ja ) ( nein ) Blutgerinnungsstörungen?  
( ja ) ( nein ) Asthma?  
( ja ) ( nein ) Rheuma?  
( ja ) ( nein ) Lungenerkrankung?  
( ja ) ( nein ) Schilddrüsenerkrankung?  
( ja ) ( nein ) Epilepsie?  
( ja ) ( nein ) Diabetes?  
( ja ) ( nein ) Nierenfunktionsstörung?  
( ja ) ( nein ) Ohnmachtsneigung?  
( ja ) ( nein ) Grüner Star?  
( ja ) ( nein ) Osteoporose?  
( ja ) ( nein ) Krebserkrankungen?  
( ja ) ( nein ) andere: \_\_\_\_\_
- 

### Allgemeine Angaben

- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßige Medikamente?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Besteht eine Schwangerschaft?  
Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Möchten Sie kostenlos an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  
( ja ) ( nein ) Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) sonstiges: \_\_\_\_\_

### Wichtige Informationen

Alle oben genannten Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich verpflichte mich, meinem Zahnarzt umgehend über alle gesundheitlichen Veränderungen, die sich während des Behandlungszeitraums ergeben, zu informieren.

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen 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 gerne ein Taxi.

Kiel, den ..... Unterschrift .....