



Wir freuen uns, Sie heute wieder in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.
Bitte haben Sie Verständnis für den umfangreichen Fragebogen,
der Ihnen und uns die Behandlung erleichtert.

Fragebogen

354

Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Telefonnummer:

E-Mailadresse:

(Angabe freiwillig)

Versicherter

(ggf. Ehemann, Eltern)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Beruf

Bitte zutreffendes ankreuzen

Herz- Kreislauferkrankungen

(ja) (nein) Leiden Sie an Herzerkrankungen?

Wenn ja, an welchen? _____

(ja) (nein) Leiden Sie an Blutdruckproblemen?

Wenn ja, an welchen? _____

- Seite bitte wenden

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? _____

Weitere Erkrankungen

- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörungen?
(ja) (nein) Asthma?
(ja) (nein) Lungenerkrankungen?
(ja) (nein) Schilddrüsenerkrankung?
(ja) (nein) Rheuma?
(ja) (nein) Epilepsie?
(ja) (nein) Diabetes?
(ja) (nein) Nierenfunktionsstörungen?
(ja) (nein) Ohnmachtsneigung?
(ja) (nein) Grüner Star?
(ja) (nein) Osteoporose?
(ja) (nein) Krebserkrankungen?
(ja) (nein) andere: _____

Allgemeine Angaben

- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche? _____
(ja) (nein) Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, welcher Monat? _____
(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