

# Patientenfragebogen

Dr. med. dent. Axel Schenkel

Herzlich willkommen in meiner Praxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötige ich neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie die folgenden Seiten vollständig und gewissenhaft aus.

\_\_\_\_\_  
Nachname und Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf, Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung / Krankenkasse

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja                       Nein

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer akute Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten notwendig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis-Prophylaxe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## Medikamente

## Infektionserkrankungen

HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A, B oder C	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## Medikamente

Andere: \_\_\_\_\_

## Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Antibiotika	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Metalle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Andere: \_\_\_\_\_

# Patientenfragebogen

Dr. med. dent. Axel Schenkel

## Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen Ja  Nein
- Asthma Ja  Nein
- Osteoporose Ja  Nein
- Lungenerkrankung Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja  Nein
- Rheuma Ja  Nein
- Epilepsie Ja  Nein
- Diabetes Ja  Nein
- Nierenfunktionsstörungen Ja  Nein
- Grüner Star / Glaukom Ja  Nein

Andere: \_\_\_\_\_

## Medikamente

## Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum Ja  Nein
- Alkoholabusus Ja  Nein
- Nikotinabusus Ja  Nein
- Medikamentenabusus Ja  Nein
- Frühere zahnärztliche Röntgenuntersuchungen Ja  Nein
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

Wann? Wo?

Seit wann?

## Wünschen Sie gezielte Beratung über

- Mundhygiene und Prophylaxe
- Amalgamaustausch und Alternativen
- Professionelle Zahnreinigung
- Gold- und Keramikinlays
- Implantate
- Ästhetische Prothetik

Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

## Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Dr. Schenkel umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten mir in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten / der Erziehungsberechtigten