



Fragebogen für Neupatienten

1. Allgemeine Angaben

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient
Name Vorname geb. am

Mitglied
Name Vorname geb. am

Anschrift
Straße/Nr. Telefon
.....
Postleitzahl Ort
.....
E-Mail-Adresse

Krankenkasse
 Zahnzusatzversicherung privatversichert Beihilfe ja nein

Beruf

Arbeitgeber
Name/Bezeichnung Telefon

Anschrift Arbeitgeber
Straße/Nr. PLZ Ort

Hausarzt
Name/Praxisbezeichnung

Anschrift
Straße/Nr. Telefon
.....
Postleitzahl Ort

Kontakt durch
Wie sind Sie zu uns gekommen (Empfehlung, Internet, Telefonbuch etc.)?

2. Gesundheitsbezogene Angaben

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Letzte Röntgenuntersuchung
im Kopf-/Kieferbereich:

Überempfindlichkeit gegen:

Medikamente:

Materialien:

Sonstiges:

Rauchen Sie (wieviel pro Tag)? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gern fragen.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit <i>ja</i> antworten; bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1 Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 Diabetes (Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6 Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8 Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.1 Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.4 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.5 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.6 Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.7 Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.8 Mangel durchblutung des ZNS/Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.2 AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10 Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12 Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14 Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15 Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16 Frühere Operationen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17 Nehmen Sie Medikamente (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18 Einwilligung Recall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19 Zahnfarbe zufriedenstellend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.