



Erstanamnese Patientenfragebogen

Der Patientenfragebogen erleichtert uns Ihnen von Anfang an einen optimalen und reibungslosen Behandlungsablauf zu ermöglichen.

Beantworten Sie uns die Fragen zu Ihrer Gesundheit möglichst genau.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

1) Versichertendaten:

Patient:

Name _____ Vorname _____ geb. _____ Geburtsort _____

Versicherter:

Name _____ Vorname _____ geb. _____ Geburtsort _____

Anschrift:

Straße _____ Nummer _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Mobiltelefon _____

E-Mail _____

Krankenkasse: gesetzlich versichert freiwillig versichert Privat versichert

Beruf: _____

2) Fragen in eigener Sache:

Legen Sie besonderen Wert auf ganzheitliche Zahnmedizin ja nein

Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Wollen Sie unser Angebot nutzen für den vorgesehenen

Prophylaxetermin erinnert zu werden? ja nein

Erinnerung des bestehenden Termins? ja nein

Wenn ja, wie? SMS E-Mail Telefon

3) Fragen zu Ihrer Gesundheit

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Durchblutungsstörungen ja nein

Herzklappenfehler: ja nein

Herzschriltmacher: ja nein

Herzrythmusstörungen: ja nein

Endokarditis: ja nein

Angina pectoris: ja nein

Angeborener Herzfehler: ja nein

Herzinfarkt: ja nein

Erhöhter Blutdruck: ja nein

Herzpass: ja nein

Infektionskrankheiten:

HIV-Infektion: ja nein

Aids: ja nein

Tuberkulose: ja nein

Hepatitis: ja nein

wenn ja, welche Form? _____

Innere Krankheiten:

Diabetes: ja nein

Schilddrüsenerkrankung: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Antibiotika: ja o nein o

Wenn ja welches? _____

Schmerzmittel ja o nein o

Wenn ja welches? _____

Anästhetika (Spritze) ja o nein o

Wenn ja welche? _____

Metalle ja o nein o

Latexallergie ja o nein o

Haben Sie einen Allergiepass? ja o nein o

Sonstige Allergien ja o nein o

Wenn ja welche? _____

Sonstige Erkrankungen:

Anfallsleiden (Epilepsie): ja o nein o

Asthma: ja o nein o

Grüner Star: ja o nein o

Blutgerinnungsstörungen: ja o nein o

Osteoporose: ja o nein o

Rheuma: ja o nein o

Tumor: ja o nein o

Ohnmachtsanfälle: ja o nein o

Rauchen Sie? ja o nein o

Wie viel maximal am Tag? _____

Drogenabhängigkeit? ja o nein o

Alkoholabhängigkeit? ja o nein o

Weitere Erkrankungen? ja o nein o

Welche? _____

Körperliche Behinderung? ja o nein o

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja o nein o

Welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja o nein o

Welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate (Knochenstoffwechselhemmer)? ja o nein o

Welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja o nein o

Befinden Sie sich momentan in ärztlicher Behandlung? ja o nein o

Wer ist Ihr behandelnder Arzt/Hausarzt? _____

5) Erklärung des Patienten

Hiermit bestätige ich, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und verpflichte mich alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r