

# Patientenfragebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.



Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon/Mobil
Straße	PLZ, Ort	Email
Arbeitgeber /Beruf	Krankenkasse	<input type="radio"/> Zahnzusatzversicherung

## Bitte kreuzen Sie an:

	ja / nein		ja / nein
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente ein? wenn ja, welche:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	
Kreislaufkrankungen (Blutdruck/Schlaganfall)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	
Herzkrankungen/-operationen wenn ja, welche:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Traten Komplikationen nach zahnärztlichen Eingriffen auf? wenn ja, welche:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Grüner Star (Glaukom)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	
Leber- oder Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Wann wurden zuletzt zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	
Depressionen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit</b> Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahn- ärztlichen Behandlungen, insbesondere durch die Lokalanästhesie, unter Umständen bis zu 24 Stun- den beeinträchtigt sein kann.	
Asthma/chron. Bronchitis	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Datum: _____	
Sonstige Erkrankungen wenn ja, welche:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Unterschrift</b> (Patient/Erziehungsberechtigter)	
Schwangerschaft/Stillzeit	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Allergien/Überempfindlichkeiten wenn ja, welche:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
_____			
_____			

