



## Allgemeiner Patientenfragebogen zur Erstuntersuchung

Sehr geehrte/r

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_
- Internetsuche (z.B. Google, Bing)
- Arztempfehlung im Internet (z.B. Jameda.de)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Weshalb wünschen Sie einen Untersuchungstermin in unserer Praxis?

- Ich komme zur Vorsorge
- Ich habe Zahnfleischbluten
- Ich habe eine Parodontitis (früher Parodontose)
- Ich habe Karies
- Ich bin mit dem Aussehen der Zähne / Zahnstellung unzufrieden
- Ich habe andere Beschwerden

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Kopf-, Gesichts- oder Nackenschmerzen?  Ja  Nein

Falls ja, bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Gehen die Kopfschmerzen mit Nackenschmerzen einher?  Ja  Nein

Treten die Beschwerden morgens nach dem Aufwachen auf?  Ja  Nein

Treten die Beschwerden bei der Arbeit/Situationen mit viel Stress auf?  Ja  Nein

Haben Sie auch Schmerzen vor, hinter oder im Ohr?  Ja  Nein

Haben Sie Ohrenrauschen / Tinnitus?  Ja  Nein

Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit den Zähnen knirschen?  Ja  Nein



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihre Behandlung so angenehm und sicher wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um unseren Fragebogen auszufüllen. Geben Sie dabei in jedem Fall bitte alle Erkrankungen und Medikamente an, auch wenn diese auf den ersten Blick nicht für einen Zahnarztbesuch wichtig erscheinen. Vielen Dank!

Persönliche Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ	Wohnort
Telefon	Mobiltelefon*	E-Mail*
Krankenkasse	Beruf*	Arbeitgeber*

Gesetzlich versichert   
  Zusatzversicherung\*   
  Privat versichert   
  Beihilfe\*

**Sollten Patient und Versicherter nicht identisch sein, nennen Sie uns bitte den Namen des Versicherten:**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefon	

Allgemeines: Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
 Falls ja, weswegen? \_\_\_\_\_  
 Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_  
 Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Allergien: Leiden Sie an Allergien oder Überempfindlichkeiten?  Ja  Nein  
 Falls ja, wogegen? \_\_\_\_\_  
 Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

Herz-Kreislauf: Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?  Ja  Nein  
 Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein  
 Haben Sie einen Herzklappenersatz?  Ja  Nein  
 Haben Sie schon einmal eine Endokarditis durchgemacht?  Ja  Nein  
 Erhöhter Blutdruck  Ja  Nein  
 Zu niedriger Blutdruck  Ja  Nein

\* freiwillige Angabe

Bitte wenden!



Blut: **Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?**  Ja  Nein  
**Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?**  Ja  Nein  
(Z.B.: ASS, Aspirin, Marcumar, Plavix, Xarelto, Heparin...)  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Lunge: Leiden Sie an Asthma?  Ja  Nein  
Wurde bei Ihnen jemals eine Tuberkulose diagnostiziert?  Ja  Nein

Stoffwechsel: Diabetes / Zuckerkrankheit  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein  
Lebererkrankungen  Ja  Nein  
Magen- und Darmerkrankungen  Ja  Nein  
Nierenerkrankungen  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein  
**Falls ja, nehmen Sie sog. Bisphosphonate (z.B. Fosamax, Actonel, Bonviva etc.) ein?**  Ja  Nein  
Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Sonstiges: Leiden Sie an Epilepsie?  Ja  Nein  
Augenerkrankungen (z.B. Glaukom/Grüner Star)  Ja  Nein  
Wurde jemals eine Krebserkrankung festgestellt?  Ja  Nein  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente gegen ADHS/ADS ein (Medikinet, Ritalin)?**  Ja  Nein  
**Wurde bei Ihnen ein HIV/AIDS Test durchgeführt?**  Ja  Nein  
Falls ja:  positiv  negativ  
**Wurde bei Ihnen jemals Hepatitis C diagnostiziert?**  Ja  Nein  
**Traten jemals Probleme bei einer zahnärztlichen Anästhesie (Betäubung) auf (z.B. Ohnmacht, Kreislaufprobleme)?**  Ja  Nein  
**Traten jemals Allergien nach einer zahnärztlichen Behandlung auf?**  Ja  Nein  
Tragen Sie ein künstliches Gelenk?  Ja  Nein

Röntgen: Wann sind Sie zuletzt im Kopf- Hals- Bereich geröntgt worden? \_\_\_\_\_  
Für Patientinnen:  
**Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?**  Ja  Nein  Unbekannt  
Falls ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**

Korschenbroich, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift