



Medizinischer Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und Medikamenteneinnahme. Denn auch Allgemeinerkrankungen, bestimmte Medikamente und Allergien können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen medizinischen Fragebogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Tel. privat/mobil: _____ Tel. geschäftlich: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Bitte berücksichtigen Sie, dass für unsere Rechnungslegung ausschließlich und uneingeschränkt die staatlich vorgeschriebene Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ/GOÄ) maßgeblich ist. Anderslautende Bestimmungen oder private Versicherer können wir nicht berücksichtigen.

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen.

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Hinweise zur Organisation

Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, dann bitten wir Sie diesen innerhalb von zwei Tagen im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Für gesetzlich versicherte Patienten: Wünschen Sie ...

zahnfarbene Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich mit Zuzahlung
eine professionelle medizinische Zahnreinigung mit Zuzahlung

ja nein

ja nein

- Bitte wenden -

Elbestraße 25, 38120 Braunschweig, Tel.: 0531-286070 , Fax.: 0531-2860720, Email: praxis@zahnaerzte-elbestrasse.de

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> "zweite Meinung" |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> andere Gründe |

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | |
|-------------------------|---|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|--|--|
| ein traumatisches Ereignis im Kopfbereich | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| eine erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Grünen Star | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wogegen? _____ | |
| Operationen im Mund-, Kiefer-,
Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? _____ | |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Für Neupatienten: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Freunde / Bekannte / Familie | <input type="checkbox"/> Überweisung |
| <input type="checkbox"/> Internet / Homepage | <input type="checkbox"/> Zeitung |
| <input type="checkbox"/> Telefon- / Branchenbuch | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen.

Bitte berücksichtigen Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, so dass Sie sicher nach Hause kommen.

Ich verpflichte mich Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger / gesetzl. Vertreter: _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> eine Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> eine Herz-OP |
- Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich? ja nein

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? | |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente? Wenn ja, welche? | _____ |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen

- Medikamente oder Spritzen aufgetreten?** ja nein
- Wenn ja, gegen welche? _____
- _____

Für unsere Patientinnen

- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

- | | |
|---|---|
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |