

# PATIENTENFRAGEBOGEN



Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Vor der Diagnostik Ihrer Zahngesundheit geben Sie uns bitte neben Ihren persönlichen Daten auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Für uns sind genaue Angaben wichtig, um Sie und Ihre Mundgesundheit individuell begleiten zu können. Sollten sich zukünftig Änderungen Ihrer persönlichen Daten ergeben, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen. **Ihr Praxisteam Dr. Kuntsch**

## PATIENT / IN

Herr / Frau / Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Nr.		PLZ	Ort
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail	
Beruf / Tätigkeit			

## MITGLIED / ZAHLUNGS- PFLICHTIGER

(bei Kindern  
Erziehungsberechtigter)

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Nr.		PLZ	Ort
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail	

## KRANKENKASSE

- gesetzlich krankenversichert     privat zusatzversichert  
 privat krankenversichert

## IHR HAUSARZT

Name	Telefon
------	---------

## TERMIN- ERINNERUNG

- E-Mail     Post     SMS

## WIE / DURCH WEN WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

## WAS HABEN SIE BISHER BEIM ZAHNARZT VERMISST?

## HABEN SIE BESONDERE WÜNSCHE?

## HABEN SIE ANGST VOR ZAHNMEDIZINISCHEN EINGRIFFEN?

- ja     nein

## GESUNDHEITZUSTAND ALLGEMEIN

1. Besteht / bestand eine der folgenden Beeinträchtigungen?
- |                                 |   |                   |   |
|---------------------------------|---|-------------------|---|
| Gelenkprothesen                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Transplantationen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| HIV-Infektion                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzerkrankung    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis A / B / C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzinfarkt       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie)       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma (schwere Atemnot)        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|                                 |   | Osteoporose       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Hatten / haben Sie andere Erkrankungen?

welche?

2. Haben Sie einen Pflegegrad? Falls ja, bitte Pflegegrad wählen  1  2  3  4  5  nein

3. Unverträglichkeit von Medikamenten / Materialien?  ja  nein

wenn ja, welche?

4. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  ja  nein

wenn ja, welche?

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

wenn ja, welche?

6. Bekommen Sie Bisphosphonate (aufgrund Osteoporose oder Tumorerkrankung)?  ja  nein

7. Sind Sie auf Endokarditisprophylaxe angewiesen?  ja  nein

8. Rauchen Sie?  ja  nein

9. **FÜR UNSERE PATIENTINNEN:** Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss

ggf. wievielte Woche?

## GESUNDHEITZUSTAND ZAHN-MUND-BEREICH

1. Lag eine Unfallverletzung / OP im Mund- / Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  ja  nein

Jahr

Art der Verletzung

2. Haben Sie Spannungsschmerzen im Kopf- / Nackenbereich?  ja  nein

3. Geräusche im Kiefergelenk?  ja  nein

4. Knirschen / Pressen Sie?  ja  nein

5. Kieferorthopädische Behandlung?  keine  abgeschlossen  in Durchführung

6. Zahnfleischbluten?  ja  nein

7. Zahnfleischrückgang / Parodontitis?  ja  nein

8. Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?  ja  nein

9. Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich behandelt?

Wann geröntgt?

10. Wann war die letzte professionelle Zahnreinigung?

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

**Ich habe die abgedruckten Informationen gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Datum

Unterschrift

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)