

Allgemeiner Patientenfragebogen

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Dieser Fragebogen dient dazu, die notwendigen Maßnahmen an Ihren Gesundheitszustand anzupassen. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und verbleiben in Ihren Unterlagen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Behandlerin oder Ihren Behandler.

| | | | |
|---------------|-------|--------------------|-------|
| Name, Vorname | _____ | Geburtsdatum | _____ |
| Anschrift | _____ | Telefon (8-16 Uhr) | _____ |
| Telefon/Mobil | _____ | E-Mail | _____ |

Kranken- und Pflegeversicherung

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse | <input type="checkbox"/> privat versichert (Standard-/Basistarif) | <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> beihilferechtigt | <input type="checkbox"/> privat versichert (Vollversichert) | <input type="checkbox"/> Pflegegrad vorhanden |
| | | <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe nach § 53 SGB II |

Aus welchem Grund kommen Sie in unsere Einrichtung?

Haben Sie folgende Erkrankungen oder wurden deswegen behandelt?

Herz- und Kreislauferkrankungen

- | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzfehler | | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzklappenersatz | | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzinfarkt | Wann? | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bluthochdruck | | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzrhythmusstörungen | | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzmuskelentzündung | | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzoperationen | Wann? | Welche (z.B. Bypass, Herzklappen-OP)? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzschritmacher | | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | diagnostizierter Schlaganfall | Wann? | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ohnmachtsneigung | | |

Erkrankung des blutbildenden Systems

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Blutgerinnungsstörungen/Einnahme von Blutverdünnern |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Thromboseneigung |

Weitere Erkrankungen

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Asthma | Welches Asthmaspray nehmen Sie? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | chronische Bronchitis/Atemwegserkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Grauer Star/Linsentrübung | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Grüner Star/Glaukom | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | chronischen Schmerzen (z.B. Migräne, Neuralgien) | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Depressionen | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zuckerkrankheit/Diabetes | |

- ja nein Schilddrüsenerkrankungen
- ja nein Rheuma/Immunerkrankungen/entzündliche Gelenkerkrankungen
- ja nein Nierenerkrankungen
- ja nein Organtransplantationen
- ja nein Osteoporose
- ja nein Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (Knochentropf/Knochenstoffwechselmedikamente)
- ja nein HIV bzw. Aids
- ja nein Tuberkulose
- ja nein Hepatitis (Gelbsucht) Welche? Seit wann?
- ja nein Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten
- ja nein Tumorerkrankungen/Krebserkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- ja nein Nehmen Sie an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil? Wann zuletzt? Welche?

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

- ja nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?
- ja nein Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit stark verringert?
- ja nein Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
- ja nein Nehmen Sie regelmäßig Drogen zu sich? Welche?
- ja nein Haben Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig geraucht? (über 5 Zigaretten täglich)
- ja nein Allergien/Medikamentenallergie Wenn ja, welche?
- ja nein Besitzen Sie einen Allergiepass?
- ja nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?
- ja nein Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?
- ja nein Wurden bei Ihnen Resistenzen auf Keime festgestellt (ESBL, etc)? Wenn ja, welche?
- ja nein epileptische Anfälle Wie oft? Wann letzter Anfall?

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Bitte legen Sie uns Ihren Medikationsplan vor!

überweisender Zahnarzt/Arzt

Arzt

Ort:

Telefon:

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt/Internist/Onkologe?

Arzt

Ort:

Telefon:

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Vollständigkeit der Angaben

Hiermit versichere ich, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nach DSGVO einverstanden.

Greifswald, den

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter