

Berufsausübungsgemeinschaft für Zahnmedizin Oralchirurgie & Kieferorthopädie

Dr. Volker Bormann, Dr. Anke Höltkemeier, & Partner

Patienten-Fragebogen

Kurze Einleitung

Bevor wir uns Ihren Belangen rund um die Zähne zuwenden, bitten wir Sie, die folgenden Fragen bezüglich Ihrer Personalien und Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes zu beantworten.

Diese Auskünfte erbitten wir im Interesse einer risikofreien, komplikationslosen und effektiven Behandlung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der strengen ärztlichen Schweigepflicht des gesamten Praxisteam. Sollten Sie Fragen zu diesem Bogen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Vielen Dank für das uns entgegengebrachte Vertrauen!

Für neue Patienten	
Name: _____	Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Name(Versicherte/er): _____	Geb.-Datum: _____
Straße: _____	Wohnort: _____
Telefon(privat): _____	Telefon (tagsüber): _____
Handy: _____	E-mail: _____
Wünschen Sie eine Terminerinnerung (Recall) per: • Telefon • Brief • SMS • E-mail? (Mehrfachnennungen möglich)	
Beruf: _____	Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____	• freiwillig versichert ? • Selbstzahler ?
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	
• Empfehlung von _____	• überwiesen von: _____
• Telefonbuch / Gelbe Seiten	• Internet

Aus welchem Grund kommen Sie in unsere Praxis (Mehrfachnennungen möglich)?

- Vorsorgeuntersuchung
- Zahnfleischbluten
- Implantate
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischrückgang
- Überweisung
- Zahn-/Kieferfehlstellung
- Zahnersatz
- Sonstiges: _____

- | | | |
|--|------|--------|
| Glauben Sie, daß Ihre Zähne Ihre Gesundheit beeinträchtigen? | • Ja | • Nein |
| Stört Sie das äußere Erscheinungsbild Ihrer Zähne? | • Ja | • Nein |
| Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen? | • Ja | • Nein |
| Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichtes? | • Ja | • Nein |
| Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden? | • Ja | • Nein |
| Bekommen Sie leicht blaue Flecken, wenn Sie sich anstoßen? | • Ja | • Nein |

Ihr Gesundheitszustand

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Beh.? • Ja • Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Wer ist Ihr Haus-/Facharzt (evt. Tel.-Nr.)? _____

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein • Ja • Nein

Wenn Ja, welche? _____

Allergien

Besitzen Sie einen Allergiepaß? • Ja • Nein

Allergisches Asthma? • Ja • Nein

Überempfindlichkeit geg. zahnärztl. Materialien/Medikamente? • Ja • Nein

(z.B. Betäubungsmittel, Aspirin, Jod, Penicillin, bestimmte Metalle)

Sind Zwischenfälle beim Zahnarzt bekannt (z.B. Ohnmacht)? • Ja • Nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)? • Ja • Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? • Ja • Nein

Herzasthma / Angina Pectoris? • Ja • Nein

Herzschrittmacher / Herzklappenersatz? • Ja • Nein

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck? • Ja • Nein

Zu niedriger Blutdruck? • Ja • Nein

Zustand nach Herzinfarkt? • Ja • Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? • Ja • Nein

(z.B. ASS 100, Macumar)

Stoffwechselkrankheiten

Zuckerkrankheit (Diabetes)? • Ja • Nein

Magen- / Darmerkrankungen? • Ja • Nein

Erbrechen Sie häufig? • Ja • Nein

Schilddrüsenerkrankungen? • Ja • Nein

Rheuma? • Ja • Nein

Infektionskrankheiten

Lebererkrankung (Hepatitis A-E)? • Ja • Nein

Tuberkulose? • Ja • Nein

Immunerkrankungen (z.B. AIDS, etc.) • Ja • Nein

Sonstige Erkrankungen

Befinden o. befanden Sie sich in psychotherapeutischer Behandlung • Ja • Nein

Leiden Sie an einem Anfallsleiden (Epilepsie o.ä.) • Ja • Nein

• Sonstiges: _____

Röntgen Wurden Sie im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt? • Ja • Nein

Schwangerschaft (Falls ja, welcher Monat?: _____) • Ja • Nein

Bemerkungen: _____

Datum, Unterschrift _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam