

Patientenauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie heute zum ersten Mal zu uns in die Praxis kommen, geben Sie uns bitte die im Folgenden gewünschten Auskünfte, damit wir uns einen Überblick über Ihren aktuellen Gesundheitszustand verschaffen können. So wissen wir gleich, worauf wir bei Ihrer individuellen zahnmedizinischen Behandlung achten sollten. Bitte geben Sie auch Ihre persönlichen (Kontakt-)Daten an.

Sind Sie hingegen schon als Patient bei uns in Behandlung, bitten wir Sie heute erneut um die untenstehenden Auskünfte, um Sie auch weiterhin medizinisch individuell betreuen zu können. Bitte geben Sie Ihre persönlichen (Kontakt-)Daten auch an, wenn sich daran nichts geändert hat.

Name Vorname geb.
 Straße Tel. mobil

PLZ Ort E-Mail

gesetzlich versichert freiwillig versichert privat versichert Zusatzversicherungen Basistarif ja nein

Diesen Kasten bitte nur ausfüllen, wenn Sie schon vor dem heutigen Termin in unserer Praxis in Behandlung waren:

Es hat sich an meinem Gesundheitszustand nichts geändert.
 Folgendes hat sich an meinem Gesundheitszustand in letzter Zeit geändert:

Meine Ernährung ist „normal“ gesund und ausgewogen unausgewogen
 Nichtraucher Raucher pro Tag 1–10 Zigaretten über 10 Zigaretten
 Alkohol trinke ich regelmäßig selten nie
 Ich nehme keine Medikamente
 Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente/Präparate ein:

Ich bin zurzeit in ärztlicher Behandlung wegen:

Ich leide an folgenden Krankheiten:

<input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z. B. „grüner Star“)	<input type="checkbox"/> Nervenleiden (z. B. Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depressionen
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Herzschrittmarker	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis B/C, HIV) Welche:	
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	Sonstiges:	

Nur für Frauen: Ich bin schwanger Ungewiss, ob Schwangerschaft besteht

Ich bin mit meinen Zähnen sehr zufrieden zufrieden unzufrieden völlig unzufrieden
 Ich habe Zahnfleischbluten ja nein manchmal
 Ich leide unter Mundgeruch ja nein manchmal
 Ich beobachte Zahnlockerungen ja nein
 Ich knirsche mit den Zähnen ja nein manchmal

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten elektronisch speichern und dabei die Bestimmungen des Datenschutzes einhalten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben, die Sie auf diesem Fragebogen gemacht haben, auch der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum Unterschrift

Lieber Patient, unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies erspart Ihnen unnötige lange Wartezeiten. Sollten Sie Termine nicht einhalten können, sagen Sie diese bitte 24 Stunden vorher ab. Zusätzlich haben wir in unserer Praxis ein Erinnerungssystem für Ihre Kontrolltermine eingerichtet. Deshalb kreuzen Sie bitte an, ob Sie es in Anspruch nehmen und von uns regelmäßig an Ihre Kontrolltermine erinnert werden möchten:

ja nein Fragen:

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Erlaubnis, Sie an Termine zu erinnern.

Datum Unterschrift

Mehr Sicherheit durch regelmäßige Anamnese!

Bisherige Anamnesen erbracht in (wird vom Praxisteam eingetragen):

20 20 20 20 20 20