



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Sie sind heute das erste Mal in unserer Praxis oder wir möchten ihre Daten aktualisieren. Damit die Behandlung nach ihren Wünschen und auf ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötige ich die Beantwortung nachfolgender Fragen.

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht BGB §203, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Für weitere Informationen hierzu lesen Sie bitte die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“. Es liegt für Sie an unserer Anmeldung aus.

Sollten Sie Hilfe bei der Beantwortung der unten stehenden Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Name des Patienten	Vorname	Geboren am
Name des Versicherten	Vorname	Geboren am
Straße	Postleitzahl/Ort	
Telefon Privat	Telefon Geschäft	
Email-Adresse	Mobiltelefon	
Krankenkasse	Hausarzt	Beruf

Leiden Sie an niedrigem Blutdruck?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Leiden sie unter hohem Blutdruck?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Liegt eine Erkrankung des Herzens vor?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<i>Wenn ja, welcher?</i>		
<i>Angeborener oder Erworbener Herzfehler</i>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<i>Herzklappenfehler</i>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<i>Endokarditis</i>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<i>Herzoperationen</i>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<i>Haben Sie einen Herzschrittmacher?</i>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<i>Hochgradige Neutropenie</i>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<i>Mukoviszidose-Erkrankung</i>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<i>Organtransplantiert</i>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<i>Stammzellentransplantiert</i>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Nehmen sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben sie eine Bluterkrankung, wenn je welche?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Hepatitis A/B/C, Gelbsucht?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie Tuberkulose?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Creutzfeld-Jakob-Erkrankung (CJK)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Infektionskrankheit (z. B. MRSA)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie Rheuma?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Nierenerkrankung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Anfallsleiden z.B. Epilepsie?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Magen-Darmerkrankung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Immunschwäche (z.B. HIV, Aids)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben sie Diabetes?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>



Haben sie eine Schilddrüsenerkrankung? nein  ja

Haben Sie Asthma? nein  ja

Leiden sie unter Allergien, wenn ja an welchen? nein  ja

    Lokalanästhesie/Spritzen nein  ja

    Antibiotika nein  ja

    Schmerzmittel nein  ja

    Metalle nein  ja

    Sonstige nein  ja

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? \_\_\_\_\_

Sind Sie Drogenabhängig? nein  ja

Haben Sie eine Nervenerkrankung? nein  ja

Haben Sie Ohnmachtsanfälle? nein  ja

Haben Sie eine Osteoporose Erkrankung? nein  ja

Sind Sie Raucher? nein  ja

Nehmen Sie Bisphosphonate? nein  ja

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? nein  ja

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? nein  ja

Nehmen Sie hochdosierte Steroide/Immunsuppressiva? nein  ja

Hatten Sie größere Operationen im Krankenhaus? nein  ja

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn „ja“, wann? nein  ja

Liegt eine Schwangerschaft vor? Wenn ja, welcher SSW Monat? nein  ja

Schnarchen Sie oder / haben Sie Atemaussetzer (Apnoe) nein  ja

Wünschen Sie eine Beratung bezüglich Schnarch-Schiene nein  ja

**Sind Sie an unserem Prophylaxe- Programm für Ihre Zähne interessiert?**

Wünschen Sie eine professionelle Zahnreinigung? nein  ja

Sind Sie an verschiedenen Füllungsalternativen interessiert? nein  ja

Wünschen Sie eine ausführliche Beratung im Bereich des Zahn-Ersatzes (z.B. Kronen, Brücken, Inlays), der Implantologie oder der ästhetischen Zahnheilkunde? nein  ja

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden (Recall)? nein  ja

Wie sind Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis:**

**Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, ihren Termin pünktlich einzuhalten oder ihn spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen die Ausfallzeit ansonsten in Rechnung stellen müssen!**

Eppelheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bei Minderjährigen: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten**