

Zahnärztlicher Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie **beide** Seiten sorgfältig aus. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.

Vor-/ Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Geburtsort (Röntgenverordnung):

Telefon privat / mobil (Erreichbarkeit):

Beruf:

Mein Ansprechpartner bei Notfällen (Ehegatten, Eltern etc.):

Sind Sie beihilfeberechtigt, falls sie im öffentlichen Dienst beschäftigt sind ? Ja Nein

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum	ja, wenn ja welche?	nein
Alkoholgenuß	oft selten nie	
Zigaretten/Tabak	ja, (wenn ja wieviele pro Tag?)	nein
Schwangerschaft	ja, (wenn ja, welcher Monat?)	nein

Haben Sie zum Kopieren dabei:

- Medikamentenpass
- Röntgenpass
- Allergiepass
- sonstige

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten in einem für Zahnarztpraxen üblichen Maß nach dem neuen Gesetz der Datenverarbeitung (DSGVO, in Kraft tretend ab 25.05. 2018) verarbeitet werden (Überweisungen, Histologische Befunde, Zahntechniker, Aufbewahrungspflichtigen, Dokumente/ Röntgenbilder, ect.).

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Herz-Kreislauf- Erkrankungen

Hoher Blutdruck/ Niedriger Blutdruck	Nein	Ja
Herzschrittmacher	Nein	Ja
Künstlicher Ersatz / Stent?	Nein	Ja

Infektionskrankheit

wenn ja welche & seit wann?

HIV, Hepatitis A,B oder C, Tuberkulose
andere ?

Allergien / Unverträglichkeiten

Anästhetika /Betäubungsmittel	Nein	Ja
Schmerzmittel	Nein	Ja
Antibiotika	Nein	Ja
bei zahnärztlicher Behandlung	Nein	Ja
andere		

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen	Nein	Ja
Atemwegserkrankung /Asthma-Spray dabei?	Nein	Ja
Rheuma	Nein	Ja
Epilepsie	Nein	Ja
Diabetes	Nein	Ja
Falls bekannt bitte: hbA1C Wert in %		
Lebererkrankung	Nein	Ja
Ohnmachtsneigung	Nein	Ja
Lebererkrankung	Nein	Ja
Magen-Darm Erkrankung (Tumore ,Zysten)	Nein	Ja
Antibiotikaphylaxe erforderlich?	Nein	Ja
Schilddrüsenerkrankung (Über / Unterfunktion)	Nein	Ja

Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig ein: _____

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Ich werde Änderungen unaufgefordert und umgehend der Praxis mitteilen

Datum: _____ **Unterschrift:** _____