



ZAHNARZTPRAXIS
Dr. med. dent. Friederike Selchow
Dr. med. dent. Afraz Moini

Ästhetische Zahnmedizin
Parodontologie
Implantologie

Schulstraße 2c
63538 Großkrotzenburg
Telefon 0 61 86 - 16 90
Fax 0 61 86 - 91 36 32

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.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort (Röntgenverordnung):

Anschrift (falls anders gewünscht als Versicherungskarte):

Telefon privat / mobil:

Telefon tagsüber /Arbeitgeber:

Beruf:

Arbeitgeber:

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

Vor-/ Nachname:

Telefon:

Möchten Sie an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

(per E-Mail /per SMS/ per Telefon/ per Brief) Bitte ankreuzen. Ja Nein

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

Ja Nein

Allgemeine Angaben

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

Haben Sie zum Kopieren dabei:

- Medikamentenpass
- Röntgenpass
- Mutterpass
- Allergiepass
- sonstige

Bitte wenden

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen? Wir bitten um sorgfältige Bearbeitung!

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Medikamente	
Hoher Blutdruck	Ja	Nein
Niedriger Blutdruck	Ja	Nein
Herzklappenerkrankung oder künstlichen Ersatz?	Ja	Nein
Koronare Herzkrankheit oder Stents?	Ja	Nein
Herzschrittmacher	Ja	Nein
Zustand nach Infarkt	Ja	Nein

Infektionskrankheit	seit wann?	Medikamente
HIV, Hepatitis A,B oder C, Tuberkulose		
andere		
wenn ja, welche?		

Allergien / Unverträglichkeiten		
Anästhetika /Betäubungsmittel	Ja	Nein
Schmerzmittel	Ja	Nein
Antibiotika	Ja	Nein
bei zahnärztlicher Behandlung	Ja	Nein welche?
andere		

Weitere Erkrankungen	Medikamente	
Blutgerinnungsstörungen	Ja	Nein
INR- / Quick- Wert:		
Atemwegserkrankung	Ja	Nein
Ich habe Asthma-Spray dabei	Ja	Nein wenn ja, wo?
Rheuma	Ja	Nein
Epilepsie	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein
Nierenfunktionsstörung	Ja	Nein
Ohnmachtsneigung	Ja	Nein
Glaukom(Grüner Star)/erhöhter Augendruck	Ja	Nein
Grauer Star	Ja	Nein
Netzhauterkrankung	Ja	Nein
Lebererkrankung	Ja	Nein
Magen-Darm Erkrankung (Tumore ,Zysten)	Ja	Nein
Antibiotikaphylaxe erforderlich?	Ja	Nein
Haben Sie eine Hüft- oder Knie Prothese?	Ja	Nein
Frühere Operationen (letzten 10 - 15 Jahre)	Ja	Nein wenn ja, wo?
Haben Sie einen Medikamentenplan?	Ja	Nein
wenn ja, dürfen wir uns eine Kopie davon machen?		

Namen, Adressen und Telefonnummern der Ärzte, bei denen Sie in ständiger Betreuung sind (Hausarzt, Kardiologe, Diabetologe, Allergologe, etc.)

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

Ich nehme folgende Medikamente **regelmäßig** ein: _____

Ich werde Änderungen unaufgefordert und umgehend der Praxis mitteilen.

Datum: _____ **Unterschrift :** _____