



Praxis für Zahnheilkunde Karsten Drewes

Patienten-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, denn die angegebenen Angaben zu Ihrer Krankengeschichte dienen Ihrer Gesundheit!

Name, Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon (Privat)	Telefon (Mobil)	
E-Mail	Telefon(Arbeit)	Beruf

Angaben zu bestehenden Erkrankungen

Besteht eine Herz-oder Kreislaufkrankung? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Blutgerinnungsstörung? nein ja

Besteht eine Lebererkrankung? nein ja

Besteht eine Nierenerkrankung? nein ja

Leiden sie an Diabetes? nein ja

Besteht eine Augenerkrankung/erhöhter Augeninnendruck? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Allergie? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Infektionskrankheit? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Bestehen weitere Erkrankungen? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? (auch Homöopathische) nein ja

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Angaben zu Röntgenaufnahmen

Wann ungefähr wurde die letzte Röntgenaufnahme Ihrer Zähne oder Kiefer angefertigt? (bei Neupatienten)

Sonstiges

Rauchen Sie? nein ja

Leiden Sie an Zahnfleischbluten? nein ja

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden/oder -knacken? nein ja

Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen? nein ja

Möchten Sie, dass wir Sie an die halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnern? nein ja

Per E-Mail? nein ja

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer der Praxis unverzüglich mitzuteilen!

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten gemäß Datenschutzverordnung stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift