

PATIENTENFRAGEBOGEN

DR. MED. DENT.
HANNES BRODER VOSS
ZAHNARZT

0431 . 544 84 00
Kopperpahler Allee 121 · 24119 Kronshagen
www.zahnarzt-voss.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre Wünsche kümmern, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Das ist unverzichtbar für eine risikoarme und reibungslose Behandlung.

Bitte teilen Sie uns auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name Vorname Geb.

Straße PLZ Wohnort

Telefon

Privat Beruflich Mobil

Beruf/Arbeitgeber

Krankenversicherung

beihilfeberechtigt pflichtversichert freiwillig versichert

Name und Adresse Ihres Hausarztes

Ihr Hauptanliegen

Ja Nein

Haben Sie Zahnschmerzen?

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen / Sprechen / Gähnen?

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne unzufrieden?

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?

Haben Sie Kiefer- oder Nackenschmerzen?

Um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten, bitten wir um die Einhaltung der Termine. Bei Verhinderung bitten wir um eine rechtzeitige Terminverlegung. Haben Sie Verständnis, dass bei einer Nichteinhaltung des Termins eine Ausfallgebühr erhoben werden kann.

Bitte auch Seite 2 ausfüllen und unterschreiben! →

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Um die für die Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Unklarheiten bei der Beantwortung einzelner Fragen bestehen, helfen wir Ihnen gerne weiter. Die schwarzen und weißen Punkte in der Tabelle rechts dienen uns als Hinweise und müssen von Ihnen nicht beachtet werden.

		Ja	Nein			Ja	Nein
1	Allergien (Welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10	Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.1	Hepatitis (Gelbsucht) Welcher Typ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Atemwegserkrankungen (Welche?)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.2	Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.1	Asthma	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.3	MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11	Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1	Welche gerinnungshemmenden Medikamente nehmen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Diabetes (Welcher Typ?)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	13	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Glaukom (Erhöhter Augendruck, Grüner Star)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	13.1	Chronische Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13.2	Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.1	Herzinsuffizienz	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	15	Rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2	Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	16	Schilddrüsenerkrankungen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3	Herzinfarkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	17	Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4	Herzrhythmusstörungen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	18	Frühere Operationen? (Welche?) (innerhalb der letzten 5 Jahre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5	Herzschritmacher / Defibrillator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18.1	Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.6	Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19	Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.7	Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	20	Haben Sie bisherige lokale Betäubungsspritzen bei Ihrem Zahnarzt vertragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.8	Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21	Besteht eine Schwangerschaft?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.9	Mangeldurchblutung des zentralen Nervensystems (ZNS) Apoplex (Schlaganfall)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	22	Nehmen Sie Medikamente? Welche?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.10	Gestörtes Reizbildungs- und Reizleitungssystem des Herzens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23	Werden bzw. wurden Sie mit Bisphosphonaten oder anderen knochenstabilisierenden Medikamenten behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.11	Arteriosklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24	Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Muskelschwäche (Myastheniagravis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25	Suchterkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				26	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ort, Datum

Unterschrift