

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. **Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.**

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

### Patient

\_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

### Röntgen

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### Besitzen Sie einen Röntgenpass?

ja  nein

Wenn nein, wünschen Sie ggf. die Ausstellung eines Röntgenpasses?

ja  nein

### Für Patientinnen

Sind Sie schwanger?

ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.**

### Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Vertragen** Sie bestimmte Medikamente **nicht**?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein  
Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?**

**Herzkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)  ja  nein  
Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?  ja  nein  
Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?  ja  nein

**Kreislaufkrankungen** (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)  ja  nein  
Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselstörungen** (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)  ja  nein  
Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)  ja  nein  
Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Bewegungsapparates** (z. B. Rheuma, Gicht)  ja  nein  
Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- /Darmerkrankung** (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Augen** (z. B. grauer Star, grüner Star)  ja  nein  
Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Leiden oder littten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?**

HIV (AIDS)  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Tuberkulose (Tbc)  ja  nein

Creutzfeld-Jacob (CJ)  ja  nein

MRSA  ja  nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Sonstige Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** oder **Drogen** zu sich?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung **Komplikationen** auf?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?  ja  nein

Wünschen Sie generell eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

### **Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten**

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). **Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt.** Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient

---

Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter