

Allgemeiner Patientenfragebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Dieser Fragebogen dient dazu, die Behandlung an Ihren Gesundheitszustand anzupassen. Beantworten Sie daher die unten stehenden Fragen möglichst genau. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Wir sind Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
Hausarzt _____

Haben Sie folgende Erkrankungen oder wurden deswegen behandelt?

Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kreislaufkrankungen (Blutdruck zu hoch bzw. zu niedrig)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen/ Einnahme von Blutverdünnern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma, Arthrose, Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Gelbsucht, Tuberkulose, Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden!

Tumorerkrankungen ja nein

Allergien (Welche?) ja nein

Sonstige Erkrankungen (Welche?) ja nein

Wurden bei Ihnen resistente Keime festgestellt?
(MRSA, ESBL, etc.) ja nein

Krankenhausaufenthalte
(Wann? Warum?) ja nein

Rauchen Sie? (Seit wann? Wieviel pro Tag?) ja nein

Sind Sie z. Z. schwanger? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Wünschen Sie sich hellere Zähne? ja nein

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Bitte führen Sie alle auf oder legen Sie Ihren Medikamentenplan vom Hausarzt vor.

1. _____

2. _____

3. _____

Zahnärztliche Betäubung

Während speziellen zahnärztlichen Eingriffen ist oft eine lokale Betäubung mit Hilfe einer Spritze notwendig. Wir sind dazu verpflichtet über folgende Risiken durch eine Anästhesie aufzuklären:

- Auslösung allergischer Reaktionen, Herz-Kreislauf-Reaktionen
- Allgemeine Nebenwirkungen/Reaktionen auf das Anästhetikum
- Verletzung des Nerven (Einschränkung Motorik/Sensibilität, selten irreversibel)
- Verletzung von angrenzenden Weichteilen (z. B. Wange)
- Wundheilungsstörungen

Hiermit versichere ich, dass alle von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich wurde vor der Behandlung über die o. g. Risiken einer Lokalanästhesie aufgeklärt.

Datum

Unterschrift