



ZAHNMEDIZINISCHE PRAXISKLINIK MANNHEIM

Prof. Dr. Hassel - Dr. Hunecke

PATIENTENFRAGEBOGEN

Das ganze Team heißt Sie herzlich in unserer Praxisklinik willkommen!

Bevor wir uns Ihren Vorstellungen und Wünschen bezüglich Ihrer Zähne und Ihrer Mundgesundheit zuwenden können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

PATIENT

Herr <input type="checkbox"/> / Frau <input type="checkbox"/>	Titel	
Name	Vorname	geb.
Straße	Haus-Nr.	
Postleitzahl	Ort	E-Mailadresse
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobiltelefon
Beruf	Arbeitgeber	

KRANKENKASSE

gesetzlich versichert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	privat versichert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	beihilfeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zusatzversicherung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Notlagen-, Basis-, Standard- oder Studententarif der PKV: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Name und Sitz der Krankenkasse	Versicherter (Name, Vorname)	Name und Tarif der Zusatzversicherung

ÜBERWEISENDER ZAHNARZT

Name	Adresse	Telefon
------	---------	---------

HAUSARZT

Name	Adresse	Telefon
------	---------	---------

ZAHLUNGSPFLICHTIGER

(Falls Patient & Zahlungspflichtiger nicht identisch sind, bitten wir Sie, diese Angaben zu ergänzen)

Name	Vorname	geb.
Straße	Haus-Nr.	
Postleitzahl	Ort	

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer und unserer Sicherheit so genau und vollständig wie möglich. **Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.**

Ist es jemals zu einer Komplikation während einer zahnärztlichen Behandlung gekommen? ja nein

Wenn ja, welche?

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzklappenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Herzklappendefekt	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Endokarditis-Prophylaxe notwendig	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Sonstige Herzerkrankung?			

INFEKTIONSKRANKHEITEN

HIV	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Hepatitis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Tuberkulose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Andere	

WEITERE ERKRANKUNGEN

Blutgerinnungsstörungen (blaue Flecken)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Epilepsie	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Grüner Star	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Asthma	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Nierenfunktionsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Ohnmachtsneigung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Osteoporose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Rheuma	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Andere:	

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

Lokale Betäubung, Spritze	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Schmerzmittel	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Kunststoff	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Antibiotika	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Latexallergie	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Andere:	

WEITERE ANGABEN

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein oder haben Sie in letzter Zeit eingenommen?

Drogenkonsum	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Übermäßiger Alkoholgenuß	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Raucher	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag:	
Schwangerschaft	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wenn ja, welcher Monat:	
Röntgenuntersuchung der Zähne	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wenn ja, Datum:	

FRAGEN ZU WEITEREN, OFT MIT KIEFERGELENKS-/ZAHNSCHMERZEN EINHERGEHENDEN BESCHWERDEN:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer und unserer Sicherheit so genau und vollständig wie möglich.

Ich leide unter folgenden Beschwerden:	stark	mäßig	kaum	gar nicht
Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grübelei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Beschwerden:				

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXISKLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von:

Name des Empfehlers

Überwiesen von:

Name des überweisenden Arztes

Internetseite unserer Praxis

Google-Suche

Bewertungsportal

Praxisschild

Zeitungsanzeige

Zeitungsartikel

Branchenbucheintrag

Patientenveranstaltung

Sonstiges

WAS IST IHR HAUPTANLIEGEN?

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

UNTERSCHRIFT

Datum

Unterschrift Patient (bzw. Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter)

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

UNTERSCHRIFT

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter