



Patientenfragebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobilfon \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ berufl.Tel. \_\_\_\_\_

Versicherter \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_  O privat  O Beihilfe  O Zusatzversicherung

Zahn

Um Sie sicher behandeln zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrem  
allgemeinmedizinischen Befinden:

Dent

1. Fühlen Sie sich körperlich gesund?  O ja  O nein, wegen \_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  O nein  O  
ja, \_\_\_\_\_

3. Sind Allergien / Überempfindlichkeiten bekannt?  O nein  O ja, \_\_\_\_\_

4. Haben Sie eine Herz- oder Kreislauferkrankung?  O nein  O  
ja, \_\_\_\_\_

5. Haben Sie Probleme mit der Blutgerinnung?  O nein  O ja, \_\_\_\_\_

6. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen?  O ja  O nein

7. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?  
 O Diabetes mellitus  O Glaukom  O Depressionen  O Epilepsie  
 O Hepatitis B oder C  O grüner/grauer Star  O Asthma bronchiale  
 O HIV/AIDS  O Rheuma  O Niereninsuffizienz

8. Wo und wann wurden Sie das letzte Mal im Bereich des Kopfes geröntgt? \_\_\_\_\_

9. Patientinnen: Sind Sie schwanger ?  O ja \_\_\_\_\_ SS-Woche  O nein

10. Sollen wir Sie unverbindlich an Ihren nächsten Vorsorgetermin per Brief oder email erinnern?  
 O ja, gerne  O nein

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Fahrtüchtigkeit nach einer örtlichen Betäubung beeinträchtigt  
sein kann. Ferner bitten wir Sie, vereinbarte Termine spätestens 24 h vorher abzusagen, falls es  
Ihnen nicht möglich ist, den Termin einzuhalten. Wir behalten uns vor, bei mehrmaligem  
unentschuldigtem Nichterscheinen eine Ausfallgebühr in Rechnung zu stellen.

Vierkirchen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Dente

Tooth