



**Patientenfragebogen**  
bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen

\_\_\_\_\_  
Name , Vorname (Patient) Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Versicherter (bei Familienversicherung)

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil) Telefon (privat) E-Mail

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse / Versicherung Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber Beruf

\_\_\_\_\_  
Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

**Allgemeine Angaben:**

- |                 |                               |                             |                                   |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Monat: .....                      |
| Alkoholgenuss   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, wie oft pro Woche: ..... |
| Drogenkonsum    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                                   |
| Raucher         | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, wie viele pro Tag: ..... |

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

- |                            |                               |                             |                     |                               |                             |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Herz/Kreislaufkrankung     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | welche: .....       |                               |                             |
| Herzschrittmacher          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                     |                               |                             |
| Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Blutgerinnungsstörung      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Blutverdünnung      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Infektionserkrankung       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | welche: .....       |                               |                             |
| Allergie/Unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | welche: .....       |                               |                             |
| Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | welche: .....       |                               |                             |
| Sonstige Erkrankung        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | welche: .....       |                               |                             |
| Medikamente                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | welche: .....       |                               |                             |

sonstiges \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**Besondere Patientenwünsche:**

- |  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Beratung über Zahnaufhellung (Bleaching)       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Professionelle Zahnreinigung                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Erinnerung an halbjährliche Kontrolle (Recall) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

**Wichtige Informationen:**

Alle von mir gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich vereinbarte Termine einzuhalten oder mind. 1 Tag im voraus abzusagen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ist der Patient noch Minderjährig, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) das Einverständnis eines Erziehungsberechtigten notwendig. **Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter