

Patienten- Fragebogen

Implantologie
Parodontologie
Ästhetische Zahnheilkunde
Prophylaxe



Zahnarztpraxis
DDr. Salomon

Herzlich Willkommen in unserer Praxis mit den Schwerpunkten **Implantologie**, **Parodontologie**, **ästhetische Zahnheilkunde** und **Prophylaxe**. Um Sie bestmöglichst betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. **Vielen Dank!**

In unserer Praxis werden bei allen Therapieformen hochwertige Medikamente und Materialien verwendet. In sehr seltenen Fällen kann es trotzdem zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen. Diese treten vor allem bei Überempfindlichkeit und im Rahmen bestimmter Vorerkrankungen auf.

Bei weiteren Fragen können Sie sich jederzeit an DDr. Salomon wenden.

Patient (Bitte in Blockschrift)

Familienname:..... Vorname: Titel:
Straße: PLZ: Geschlecht: w m
Krankenkasse: Vers. Nr.: Geb. Dat.:
Telefon: Email:
Dienstgeber: Dienstort: Beruf:.....

Mitversichert bei (Nur ausfüllen, wenn der Patient bei Angehörigen mitversichert ist)

Familienname: Vorname: Titel:
Straße: PLZ: Geschlecht: w m
Krankenkasse: Vers. Nr.: Geb. Dat.:
Telefon: Email:.....

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?

Kontrolle/Füllung Implantat - Beratung Prophylaxe Parodontalbehandlung
 Notfallbehandlung Amalgam - Sanierung Überweisung von

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen:

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie zur Zeit allgemeine gesundheitliche Beschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie in den vergangenen 5 Jahren wegen schwerer Krankheit behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |
| 5. Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Sie Raucher/in? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wieviele am Tag? | | |

bitte wenden ►►►

Bitte kreuzen Sie jene Punkte an, auf die Sie ungewöhnlich reagieren:

- Penicillin Latex Paracetamol Aspirin Ibuprofen
 Kunststoffe Metalle Lokalanästhetika (Spritzen) andere:

Werden oder wurden Sie aufgrund einer der folgenden Erkrankungen ärztlich behandelt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitige Ohnmacht | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Allergien: wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> Hoher/Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (z. B. Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Stent/künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Hüftprothese |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie (Anfallsleiden) | <input type="checkbox"/> Strahlen-/Chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (erhöhter Augeninnendruck) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung (MS) | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose: <input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Spritzen | <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 | |

Zahnärztliche Anamnese:

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bluten Sie nach Verletzungen oder Zahnextraktionen lange nach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie manchmal Beschwerden in den Kiefer- und Nasennebenhöhlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sind Sie ängstlich während Zahnbehandlungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nehmen oder nahmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

- | | | | | | |
|-----------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Osteoporose: | <input type="checkbox"/> Fosamax | <input type="checkbox"/> Actonel | <input type="checkbox"/> Prolia | <input type="checkbox"/> Bonviva | <input type="checkbox"/> Zometa |
| | <input type="checkbox"/> Aclasta | <input type="checkbox"/> Alendronat | | | |
| Blutverdünnung: | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Eliquis | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Lixiana | <input type="checkbox"/> T-ASS |
| | <input type="checkbox"/> Sintrom | <input type="checkbox"/> Marcoumar | <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Efixent | <input type="checkbox"/> Brilique |

 Bitte geben Sie uns Terminänderungen mindestens 24 Stunden vorher bekannt.

- | Terminreminderung: | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ich möchte zwei Tage vor meinem nächsten Prophylaxe-Termin eine Erinnerungs-SMS erhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.

Frastanz, Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in