

Fragebogen zur Krankengeschichte

Sehr geehrte Patienten,
 die Angaben zu ihrer Person und ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung ihres Krankheits- und Beschwerdebildes, welches in vielen Fällen Auswirkungen auf unsere zahnmedizinische Behandlung haben kann. In Ihrem eigenen Interesse und für eine komplikationslose und optimale Behandlung haben wir einen Fragebogen für Sie vorbereitet, den Sie bitte vollständig ausfüllen. Informieren Sie uns auch umgehend bei Veränderungen ihres Gesundheitszustandes oder ihrer Medikamente. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO). Unserer beiliegenden Patienten-Information „Datenschutz“ können Sie entnehmen, warum und auf welcher Grundlage wir bestimmte personenbezogene Daten von Ihnen verarbeiten.

NAME:	GEB:
ANSCHRIFT:	
TEL:	MOBIL:
VERSICHERUNG:	HAUSARZT:
BERUF:	EMAIL:

Zutreffendes bitte ankreuzen [x]

Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt → <input type="checkbox"/> Erkrankung der Herzklappen → <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit (KHK) <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Schwindel wenn ja, wann: _____ wenn ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> COPD
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung → <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> _____ wenn ja, welche: _____
Magen-/ Darmsystem	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa
Allergien/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Pollen/Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Medikamente wie Antibiotika → <input type="checkbox"/> Metalle wie Amalgam, Nickel usw. → <input type="checkbox"/> Sonstige, wie z.B. Kunststoffe →	<input type="checkbox"/> Hautausschläge wenn ja, welche: _____ wenn ja, welche: _____ wenn ja, welche: _____
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Kopfschmerz/Migräne <input type="checkbox"/> Schlaganfall → <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Schmerzsymptome → <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Epilepsie wenn ja, wann: _____ <input type="checkbox"/> Parkinson wenn ja, welche: _____
Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Osteoporose
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche _____	
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche _____	
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche _____	
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> (HIV, Hepatitis A/B/C, Herpes) →	wenn ja, welche _____
Vorangegangene Tumorerkrankungen (Krebs) →		wenn ja, welche _____
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel → <input type="checkbox"/> Blutgerinnungshemmer → <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva → <input type="checkbox"/> Bisphosphonate → <input type="checkbox"/> Pflanzliche Mittel → <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente: _____	wenn ja, welche _____ " _____ " _____ " _____ " _____

Sollten Sie eine Medikamentenliste haben, bitte mitbringen. Danke!

Sonstige Erkrankungen _____

Allgemeine Informationen	<input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger? → <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? → <input type="checkbox"/> Trinken Sie Alkohol? → <input type="checkbox"/> Hatten Sie Unfälle/ Operationen →	wenn ja, seit wann _____ wenn ja, wieviel/Tag _____ wenn ja, wie häufig _____ wenn ja, welcher Art / wann _____
Zahnmedizinische Fragen	Haben Sie Probleme mit: <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/> überempfindliche Zahnhälse <input type="checkbox"/> Kiefergelenks-/ Bissbeschwerden Sonstige Anliegen: _____	<input type="checkbox"/> Zahnfleischrückgang <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen <input type="checkbox"/> Gesicht-/ Muskelschmerz

Im Fall der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen vom Erwerber weiter aufbewahrt werden.
 Danke für ihre Angaben!

DATUM	UNTERSCHRIFT
-------	--------------