

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 Patienteninformation „Datenschutz“ am Empfangstresen 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 [] Herzrhythmusstörungen [] Schwindel
[] Herzinfarkt → wenn ja, wann: _____
[] Erkrankung der Herzklappen → wenn ja, welche: _____
[] hoher Blutdruck [] niedriger Blutdruck
[] Koronare Herzkrankheit (KHK)
[] Sonstige: _____

Atemwegserkrankungen [] Asthma Bronchiale [] COPD
[] Sonstige: _____

Stoffwechselerkrankungen [] Diabetes (Zuckerkrankheit) → **HbA1c - Wert:** _____
[] Schilddrüsenerkrankung → wenn ja, welche: _____
[] Sonstige: _____

Magen-/ Darmsystem [] Morbus Crohn [] Colitis Ulcerosa
[] Sonstige: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten [] Pollen/Heuschnupfen [] Hautausschläge
[] Medikamente wie Antibiotika → wenn ja, welche: _____
[] Metalle wie Amalgam, Nickel usw. → wenn ja, welche: _____
[] Sonstige, wie z.B. Kunststoffe → wenn ja, welche: _____

Neurologische Erkrankungen [] Kopfschmerz/Migräne [] Epilepsie
[] Schlaganfall → wenn ja, wann: _____
[] Multiple Sklerose [] Parkinson
[] Schmerzsymptome → wenn ja, welche: _____
[] Sonstige: _____

Bewegungsapparat [] Rheuma [] Osteoporose
[] Sonstige: _____

Nierenerkrankung [] wenn ja, welche _____

Lebererkrankung [] wenn ja, welche _____

Psychische Erkrankungen [] Depressionen
[] Sonstige: _____

Augenerkrankungen [] wenn ja, welche _____

Infektionskrankheiten [] (HIV, Hepatitis A/B/C, Herpes) → wenn ja, welche _____

Vorangegangene Tumorerkrankungen (Krebs) → wenn ja, welche _____

Medikamenteneinnahme [] Schmerzmittel → wenn ja, welche _____
[] Blutgerinnungshemmer → " _____
[] Immunsuppressiva → " _____
[] Bisphosphonate → " _____
[] Pflanzliche Mittel → " _____
[] Sonstige Medikamente: _____

Sollten Sie eine **Medikamentenliste** haben, bitte mitbringen. Danke!

Sonstige Erkrankungen _____

Allgemeine Informationen [] Sind Sie schwanger? → wenn ja, seit wann _____
[] Rauchen Sie? → **wenn ja, wieviel/Tag** _____
[] Trinken Sie Alkohol? → wenn ja, wie häufig _____
[] Hatten Sie Unfälle/ Operationen → wenn ja, welcher Art / wann _____

Zahnmedizinische Fragen Haben Sie Probleme mit:
[] Zahnfleischbluten [] Zahnfleischrückgang
[] überempfindliche Zahnhälse [] Zahnschmerzen
[] Kiefergelenks-/ Bissbeschwerden [] Gesichts-/ Muskelschmerz
Sonstige Anliegen: _____

Im Fall der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen vom Erwerber weiter aufbewahrt werden. Ich bin damit ausdrücklich einverstanden, dass auf meinen Wunsch hin und nur im Rahmen der entsprechenden Behandlung Unterlagen/ Röntgenbilder an Kollegen übermittelt werden.

DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____