

# Patientenerhebungsbogen

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Gerne helfen wir Ihnen zu einzelnen Fragen auch weiter.

**Patient** Name, Vorname: ..... geb.: .....

**Hauptversicherter** Name, Vorname: ..... geb.: .....

PLZ / Ort / Straße: .....

Telefon privat: ..... geschäftlich: .....

Mobil-Tel.: ..... E-Mail: .....

Fax: ..... Empfohlen durch: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

**Hausarzt** Name, Anschrift: .....

Privat versichert  Beihilfeberechtigt  gesetzlich versichert  Freiwillig versichert  Zusatzversichert

## Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

|   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Tragen Sie Zahnersatz? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Wenn ja:            festsitzend <input type="radio"/>            herausnehmbar <input type="radio"/>            Implantat(e) <input type="radio"/></i> |                       |                       |
| • Sind Sie Raucher/in? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leiden Sie unter Allergien (Asthma) oder Medikamenten-Unverträglichkeiten? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Wenn ja, welche?:</i> .....  |                       |                       |
| • Hatten oder haben Sie Probleme mit dem Herzen oder Kreislauf? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Wenn ja, welche?</i> .....   |                       |                       |
| • Haben Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Innere Krankheiten (Diabetes, Blutgerinnungsstörungen, Osteoporose, Leber, Niere, etc.)? ...  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Wenn ja, welche?</i> .....   |                       |                       |
| • Infektionskrankheiten (TBC, AIDS, Hepatitis, etc.)? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Wenn ja, welche?</i> .....   |                       |                       |
| • Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie)? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leiden Sie an Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Wenn ja, welche?</i> .....   |                       |                       |
| • Leiden Sie an Erkrankungen der Augen? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Wenn ja, welche?</i> .....   |                       |                       |
| • Benötigen Sie regelmäßig Medikamente? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Welche nehmen Sie zur Zeit?</i> .....  |                       |                       |
| • Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Wenn ja, warum?</i> .....  |                       |                       |
| • Sind Sie schwanger? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Wenn ja, welcher Monat?</i> .....  |                       |                       |
| • Letzte Röntgenuntersuchung: Wann? .....   |                       |                       |
| <i>Was wurde geröntgt?</i> .....  |                       |                       |
| • Haben Sie einen Röntgenpaß? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Sonstige Fragen (Was trifft zu?):

|  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • Die Zähne passen nicht richtig aufeinander.....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Die Kiefergelenke machen Geräusche, Knacken, Knirschen .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Haben Sie Ohrgeräusche (Tinnitus)? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Die Mundöffnung ist eingeschränkt.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Beim Öffnen des Mundes weicht der Kiefer nach einer Seite ab .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Die Kaumuskulatur tut weh .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen?.....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Kauen Sie auf der Wange, Lippe oder pressen Sie die Zunge zw. die Zähne (Habit)? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leiden Sie unter Brennen, Taubheitsgefühl oder Trockenheit im Mund (Zunge)?.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate beim Zahnarzt?.....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Beobachten Sie Zahnfleischbluten? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wenn ja, möchten Sie Informationen über sanfte Parodontitis-Behandlung?.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wünschen Sie Aufklärung, inwieweit evtl. geschädigtes Zahnfleisch wieder regeneriert werden kann?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Interessieren Sie Maßnahmen zur Zahnaufhellung? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wollen Sie Möglichkeiten kennen lernen, wie Sie Ihre Zähne ein Leben lang erhalten können?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sind Sie an feststehendem bzw. festem Zahnersatz auf neuen Zahnwurzeln (Implantate) interessiert?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Mit Hilfe des Dental-Lasers sind wir in der Lage, Behandlungen wesentlich schmerzärmer zu gestalten. Wünschen Sie weitere Informationen zu diesem Thema? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wir führen in unserer Praxis für eine große Anzahl unserer Patienten einen freiwilligen Erinnerungsdienst für einen regelmäßigen Kontroll-Besuch bei uns durch. Dieser ist jederzeit kündbar und völlig kostenfrei. Möchten Sie von uns hierüber informiert werden?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Sonstige Anmerkungen:

- Bitte beachten Sie, dass wir in unserer Praxis kein Amalgam verwenden. Gegen Aufpreis stellen wir gerne Ihre Füllung aus biologisch verträglichen Keramikverbundwerkstoffen her.
- Gerne erarbeiten wir Ihnen auch Teilzahlungsangebote. Sprechen Sie uns bitte darauf an.
- Wir möchten Sie bitten, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mitzuteilen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Außerdem erlauben Sie uns, Ihre Daten elektronisch zu speichern.
- Jeder Termin ist in unserer Praxis einzeln vergeben. Daher bitten wir Sie, bei Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir uns sonst gezwungen sehen, Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit  
Ihr Praxisteam**

Ort, Datum

Unterschrift

**Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Hans-Friedrich Hicks-Monreal & Dr. Michael Menzel**

Rheinberger · Fröhnstraße 4 · 66954 Pirmasens

Telefon: 0 63 31 / 42 99 7 · Telefax: 0 63 31 / 42 99 5 · E-Mail: info@pirmadent.de · Internet: www.pirmadent.de