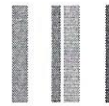


# Patientenfragebogen



Zahnarzt Dr. med. dent.  
**IVO PFÜTZ**

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Bitte beachten Sie, dass diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns zwar gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Name / Vorname geb. am

Versicherter: Name / Vorname geb. am

Tel. /Mobil Anschrift

Hausarzt: Name Anschrift

## Wegen welcher Krankheit wurden oder werden Sie behandelt?

Ja Nein

### Herzerkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher

### Kreislaufferkrankungen

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt, wann? \_\_\_\_\_
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
- Ohnmachtsanfälle

### Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen

### Erkrankungen des Nervensystems

- epileptiforme Anfälle / Krämpfe

### Bluterkrankungen

- Blutungsneigungen (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

### Allergien

- Ekzeme
- Penicillin-Überempfindlichkeit
- Asthma
- Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Überempfindlichkeit gegen \_\_\_\_\_

Ja Nein

### Infektionskrankheiten

- Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A oder B)
- Tuberkulose
- chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.

- Aids, HIV-positiv

### Immunsystem

- Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?  
Wenn ja, welchen?

### Sonstige Erkrankungen

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

### Weitere Angaben

- Sind oder waren Sie drogenabhängig?
- Sind Sie frisch operiert, wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? \_\_\_\_\_
- Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft?
- Sind Sie schwanger? (Wenn ja in welchem Monat?) \_\_\_\_\_
- Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie? \_\_\_\_\_