

**Patient/in:**

Name: ..... Vorname: ..... geb. am: .....

Straße: ..... Nr.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefonnummer: ..... Handy: .....

Telefon dienstlich: ..... E-Mail: .....

Krankenkasse: .....

**Versicherungsnehmer/in:**

Name: ..... Vorname: ..... geb. am: .....

Name des Hausarztes: .....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

**Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!**

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche oder haben Sie eine **Medikamentenliste**?

.....  
.....  
.....

2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen  Ja  Nein

(z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, Pradaxa)?

Wenn ja, welche? .....

3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

4. Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein
5. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?  
Wenn ja, welche? .....  
.....
6. Haben Sie eine  
 Penicillinallergie?  
 Jodallergie?  
 Latexallergie?
7. Rauchen Sie?  Ja  Nein
8. Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen oder Knochenmetastasen, wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?  Ja  Nein
9. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?  Ja  Nein
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Infarkt          | <input type="checkbox"/> Bypassoperation   |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz              | <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz |
| <input type="checkbox"/> Verengung der Herzkranzgefäße | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen             | <input type="checkbox"/> Endokarditis      |
10. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Kreislaufs?  Ja  Nein
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris     |   |
11. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung der Atemwege/Lunge?  Ja  Nein
- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
|---------------------------------|-------------------------------------|
12. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Stoffwechsels?  Ja  Nein
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 |  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
13. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung der Blase/Niere?  Ja  Nein
- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Dialyse |
|---|----------------------------------|

14. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose      | <input type="checkbox"/> Osteoporose       |
| <input type="checkbox"/> Rheuma           | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie        | <input type="checkbox"/> HIV               |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis         |

15. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?  Ja  Nein

16. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?  Ja  Nein

17. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?  
In welchem Körperbereich? .....

18. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  
.....

19. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Routinekontrolle, Beschwerden, ästhetische Wünsche, Zweitmeinung)?  
.....

20. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten? .....

21. Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Kontrolle erinnert werden?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie?  
 per Mail  telefonisch

22. **Bei Frauen:**  
Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welchem Monat? .....

.....  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten