



Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Dr. med. dent. Stephan Dornbusch
MASTER OF SCIENCE IN IMPLANTOLOGIE UND
ORALER CHIRURGIE

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

☐ Gesetzlich versichert

☐ Private Zahn-Zusatzversicherung

☐ Privat versichert

☐ Beihilfeberechtigt

Besteht bei Ihnen eine Pflegestufe/ein Pflegegrad (nach § 15 SGB XI)

☐ Ja ☐ Nein

Besteht bei Ihnen eine Eingliederungshilfe (nach § 53 SGB XII)

☐ Ja ☐ Nein

Dürfen wir Sie im Wartezimmer mit Ihrem Namen aufrufen? Sollten Sie dies nicht wünschen erfolgt der Aufruf über die Patientennummer, die Sie von uns erhalten!

☐ Ja ☐ Nein

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Sie haben die Möglichkeit zwei Angehörige/Verwandte ihres Vertrauens zu benennen, denen gegenüber wir Auskunft geben dürfen. (z.B. Termine für Sie besprechen und /oder ärztliche Unterlagen aushändigen dürfen).

1.

Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer

2.

Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	☐ Ja ☐ Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	☐ Ja ☐ Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	☐ Ja ☐ Nein	
Herzerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	Bypass ☐ Ja ☐ Nein
Herzoperation	☐ Ja ☐ Nein	Stent ☐ Ja ☐ Nein
Herzschrittmacher	☐ Ja ☐ Nein	Defibrillator ☐ Ja ☐ Nein

Infektionserkrankungen:

HIV	☐ Ja ☐ Nein
Hepatitis	☐ Ja ☐ Nein
Tuberkulose	☐ Ja ☐ Nein
andere:	

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	☐ Ja ☐ Nein	Welche?
Schmerzmittel	☐ Ja ☐ Nein	Welche?
Antibiotika	☐ Ja ☐ Nein	Welche?
Allergiepass:	☐ Ja ☐ Nein	

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	☐ Ja ☐ Nein
Asthma	☐ Ja ☐ Nein
Lungenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein
Rheuma	☐ Ja ☐ Nein
Epilepsie	☐ Ja ☐ Nein
Diabetes	☐ Ja ☐ Nein
Nierenfunktionsstörungen	☐ Ja ☐ Nein
Osteoporose	☐ Ja ☐ Nein
Ohnmachtsneigung	☐ Ja ☐ Nein
andere:	

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum	☐ Ja ☐ Nein	
Alkoholgenuss	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, ☐ selten ☐ oft ☐ regelmäßig
Raucher	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, ☐ 0-10 ☐ über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, seit wann / Name:
Nehmen Sie Bisphosphonate?	☐ Ja ☐ Nein	Krebs- und/oder Osteoporosetherapie
Frühere Operationen (z.B. künstliche Gelenke)	☐ Ja ☐ Nein	
Frühere Röntgenuntersuchung?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile:
Besitzen Sie einen Röntgenpass	☐ Ja ☐ Nein	
Schwangerschaft	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, welcher Monat:
Beschwerden an den Zähnen	☐ Ja ☐ Nein	
Geräusche/Probleme im Kiefergelenk	☐ Ja ☐ Nein	
Zahnfleischbluten	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, ☐ selten ☐ oft ☐ regelmäßig
Probleme mit Halitosis (Mundgeruch)	☐ Ja ☐ Nein	

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? _____

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft (Eintragungen der letzten 5 Jahre)? Ja ☐ Nein ☐

Tragen Sie festen oder herausnehmbaren Zahnersatz? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie alt ist er ungefähr? _____ Jahre

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Dürfen wir Sie zwecks Termin-verschiebungen / -absagen/ -erinnerungen anrufen	Ja ☐ Nein ☐
Auch der Anrufbeantworter / Mailbox darf besprochen werden	Ja ☐ Nein ☐

Wünschen Sie einen Erinnerungsservice (Recall)? Sie werden dann in regelmäßigen Abständen oder zum vereinbarten Zeitpunkt postalisch an den nächsten fälligen Vorsorge-, bzw. Prophylaxetermin erinnert.

Ich wünsche die Erinnerung postalisch oder telefonisch Ja ☐ Nein ☐

Wichtige Informationen:

Bitte beachten Sie: Sollten Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, sagen Sie diese bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Nicht eingehaltene Termine werden mit einem Ausfallhonorar von 25,- € je 15 Minuten in Rechnung gestellt!

- Hiermit bestätige ich, dass ich nicht im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter