



Mundwerk Mettingen

Zahnarztpraxis Dr. M. Herrmann

Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Bedürfnisse kümmern können, benötigen wir Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Email _____ Beruf _____

Gesetzliche Krankenkasse _____ zusatzversichert

Private Krankenkasse _____ vollversichert Standardtarif (1,7 fach) Anspruch auf Beihilfe

Hausarzt _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Ihr Versicherter?

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Fragebogen

Regelm. Medikamenteneinnahme ja nein Wenn ja, was? _____

Erkrankung des Herzens oder des Blutkreislaufs ja nein Wenn ja, wann? _____

Bypass Herzinfarkt Bluthruckerkrankung Herzklappenersatz Sonstiges

Gerinnungshemmende Medikamente ja nein

Gerinnungsstörungen ja nein

Asthma (Schwere Atemnot) ja nein

Zuckerkrankheit/Diabetes ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein



Mundwerk Mettingen

Zahnarztpraxis Dr. M. Herrmann

Fortsetzung des Fragebogens

Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B oder C	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> HIV positiv	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Gelenk- und Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Rheuma oder Arthrose)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Knochenstärkende Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, was? _____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann und wo? _____
Allergische Reaktionen Wenn ja, ggf. Allergiepass mitbringen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Medikamentenunverträglichkeit (z.B. Penicilin, Schmerzmittel oder Spritzen beim Zahnarzt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, was? _____
Wurden in der Vergangenheit Röntgenbilder angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, Körperregion/Datum _____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welchem Monat? _____
Sonstige Angaben / Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viele/Tag? _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> überempfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnverfärbungen |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkknacken | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Schnarchen | <input type="checkbox"/> Zahnlockerungen |

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten

Mit einer regelmäßigen Terminerinnerung bin ich einverstanden ja nein
Wie möchten Sie erinnert werden? Telefon Post Email