

# Patientenfragebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal versorgen zu können, benötigen wir neben einigen allgemeinen Daten auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. **Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen in der Zukunft teilen Sie uns bitte mit!**

## ZAHNARZTPRAXIS YOUSSEF & KOLLEGEN

### Praxis Kevelaer:

Annastraße 12  
47623 Kevelaer  
Tel. 02832 5979  
kevelaer-zahnarzt.de

### Praxis Sevelen:

Kirchplatz 6  
47661 Issum-Sevelen  
Tel. 02835 5788  
sevelen-zahnarzt.de

## Patient/-in

Name	Vorname	Geburtsdatum, Ort
Straße, Nummer	PLZ, Ort	Beruf
Telefon (tagsüber und/oder privat) *	Mobiltelefon*	E-Mail*
Hausarzt	Adresse	

## Versicherung

- Gesetzlich versichert bei der Krankenkasse
- Privat vollversichert
- Zusatzversicherung
- Basistarif
- Beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf des Versicherten
Arbeitgeber	Krankenkasse	

ggf. abweichend Anschrift des/der Versicherten

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuchs?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden?

Ja  Nein

Wenn ja, per  Telefon, per  SMS an \_\_\_\_\_

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Ja  Nein

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt für Sie: i. d. R. keine Wartezeit. Das heißt aber auch: an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, informieren Sie die jeweilige Praxis bitte rechtzeitig (24 Stunden vorher). Wir behalten uns vor, von unserem Recht Gebrauch zu machen, nicht rechtzeitig abgesagte Termine zu berechnen.

Bitte wenden

## Allgemeine Gesundheitsfragen

Wurden Sie im Zahn-/Kiefer-/Kopfbereich schon einmal geröntgt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

## Jetzige oder frühere Erkrankungen

Magen-/Darmerkrankung  Ja  Nein  
Atemwegserkrankung  Ja  Nein  
Lebererkrankungen  Ja  Nein  
Nierenerkrankung  Ja  Nein  
Herzschwäche  Ja  Nein  
Herzklappenfehler  Ja  Nein  
Herzinfarkt  Ja  Nein  
Angina pectoris  Ja  Nein  
Schlaganfall  Ja  Nein  
Parkinson  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein  
Rheumatische Krankheiten  Ja  Nein  
Blutgerinnungsstörung  Ja  Nein  
niedrigen Blutdruck?  Ja  Nein  
hohen Blutdruck?  Ja  Nein  
künstliche Gelenke?  Ja  Nein  
Herzklappenersatz?  Ja  Nein  
einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein  
Ohnmachtsneigung?  Ja  Nein  
Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## Tumorerkrankung

Wenn ja, welche und wann?  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_

Erhalten/erhielten Sie Bestrahlung?  Ja  Nein  
Erhalten/erhielten Sie Chemotherapie?  Ja  Nein

## Fragen zur Mundgesundheit

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?  Ja  Nein  
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein  
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack im Mund?  Ja  Nein  
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe, PZR)?  Ja  Nein

**Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.**

## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?  
Herzmedikamente: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Cortison: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Schmerzmittel: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Antidepressiva: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Marcumar®: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
andere Blutverdünnende Medikamente: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_  
Bisphosphonate: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Endokarditisprophylaxe: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Allergien

Sind Sie gegen Medikamente oder Materialien (z. B. Latex) allergisch?  Ja  Nein  
Wenn ja, gegen welche?  
\_\_\_\_\_  
Sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

## Infektionskrankheiten

Hepatitis  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
HIV/AIDS  Ja  Nein  
MRSA  Ja  Nein

## Sonstiges

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  
Welcher Monat? \_\_\_\_\_  
Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

## Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

- Mir ist bekannt**, dass die umseitig mit \* gekennzeichneten Angaben freiwillig sind und nur zur Kommunikation mit mir im Rahmen der Behandlung genutzt werden. Die übrigen Angaben sind für die Durchführung der Behandlung, Dokumentation nach Berufsordnung und sonstigen gesetzlichen Vorschriften, Abrechnung mit Kostenträgern, Wirtschaftlichkeitsprüfung und statistischen Auswertung notwendig.
- Meine Einwilligung** in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.
- Ich willige ferner ein**, dass meine Daten und Behandlungsunterlagen ggf. zwischen kooperierenden (Zahn-)Ärzten bzw. Dentallaboren ausgetauscht werden und entbinde die mich behandelnden Ärzte insoweit von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift