



## Patientenfragebogen

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und ihn vor der Behandlung an der Rezeption abzugeben.  
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Arztgeheimnis.

**Patient:** \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

**Mitglied:** \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_  
e-Mail \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

**Versicherung:** \_\_\_\_\_  
(wenn gesetzlich)  Sind Sie freiwillig versichert  
 Sind Sie Pflichtmitglied  
 Haben Sie eine Zusatzversicherung

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**(Bisheriger) Zahnarzt:** \_\_\_\_\_

**Wir verdanken Ihre Überweisung/Empfehlung:** \_\_\_\_\_

**Die Information „Praxiswegweiser“ habe ich erhalten:**  Ja  Nein

**Möchten Sie am Recall Programm teilnehmen:**  Ja  Nein

**Bochum, den** \_\_\_\_\_ Datum  
\_\_\_\_\_ Unterschrift

- 1 Teilen Sie uns bitte mit wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat!
- 2 Bitte beachten Sie, daß Medikamente, besonders Betäubungsspritzen Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Zahnärztliche Anästhesien können unter Umständen langzeitige und/oder länger anhaltende Taubheitserscheinungen hervorrufen.
- 3 Die Behandlungstermine werden für Sie reserviert! Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können sagen Sie diesen frühzeitig ab.  
**Bitte bis spätestens 24 Stunden vorher!**
- 4 Rechnungen werden über das ZR - Zahnärztliche Rechenzentrum abgerechnet, dem jeweils nur die zur Rechnungserstellung nötigen Daten übermittelt werden. **Das Arztgeheimnis bleibt gewahrt!** Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie das ZR-Formular zu unterschreiben.

# Allgemeine medizinische Vorgeschichte

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen aus dem Bereich

1. Herz / Kreislauf Ja  Nein   
wenn ja, speziell: **Blutdruck** (bitte nicht Zutreffendes durchstreichen →) [hoch] [niedrig] Ja  Nein   
**Angina pectoris / Infarkt** Ja  Nein   
**Schlaganfall** Ja  Nein   
**Blutungsneigung** Ja  Nein   
**Tragen Sie einen Herzschrittmacher** Ja  Nein
2. Atmungssystem Ja  Nein
3. Verdauungsorgane Ja  Nein
4. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zucker) Ja  Nein
5. Rheumatische Erkrankungen Ja  Nein
6. Hormonelle Erkrankungen (z.B. der Schilddrüse) Ja  Nein
7. Neurologische / psychische Erkrankungen Ja  Nein
8. Infektionen ( z.B. Hepatitis, Tuberkulose, AIDS) Ja  Nein
9. Allergien, z.B. gegen Medikamente, Metalle, Latex Ja  Nein   
Wogegen genau: \_\_\_\_\_  
Haben Sie einen Allergiepass? Ja  Nein
10. Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, warum: \_\_\_\_\_
11. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Ja  Nein   
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
12. Rauchen Sie Zigaretten, Zigarren, Pfeife etc.? Ja  Nein   
Wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_
13. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja  Nein   
Wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_
14. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?  
Allgemein: \_\_\_\_\_ Zahnärztlich: \_\_\_\_\_

## Spezielle zahnärztliche Vorgeschichte:

1. Erlitten Sie je einen Unfall mit Kopfbeteiligung? Ja  Nein
2. Hatten Sie jemals eine Kieferregulierung? Ja  Nein
3. Sind Ihre Zähne schon einmal eingeschliffen worden? Ja  Nein
4. Leiden Sie öfter an Kopfschmerzen? (nicht Zutreffendes durchstr. →) [morgens] [mittags] [abends] Ja  Nein
5. Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr? Ja  Nein
6. Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung oder beim Gähnen? Ja  Nein
7. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? (bitte nicht Zutreffendes durchstreichen →) [rechts] [links] Ja  Nein
8. Blutet manchmal Ihr Zahnfleisch? Ja  Nein
9. Haben Sie z.Zt. Schmerzen an einem Zahn? Ja  Nein
10. Haben Sie z.Zt. sonst irgendein Problem mit ihren Zähnen? Ja  Nein
11. Legen Sie bes. Wert auf eine Behandlung in örtlicher Betäubung? Ja  Nein
12. Lehnen Sie bestimmte Füllungsmaterialien ab, z.B. Amalgam? Ja  Nein
13. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch: \_\_\_\_\_
14. Was wurde dabei gemacht: \_\_\_\_\_

### Für Patientinnen:

Bitte, sagen Sie es Ihrem Zahnarzt unaufgefordert vor jeder Behandlung, wenn bei Ihnen eine Schwangerschaft besteht oder bestehen könnte!