

Patientenbefragungsbogen

Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!

Dr. Michael Lenz
 Spezialist für Prothetik (DGZPW)
 Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (BDIZ)
Dr. Dirk Schaper
 Zertifizierte Implantologie (BDIZ)
Dr. Jörg Thomas

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig ausfüllen. Er wird Ihrer Kartei mit Ihren Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung Ihres Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse (Straße/Ort): _____

Wenn Sie nicht Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?
 Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Tel. Privat: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber, Ort: _____
 Tel. Arbeitsplatz: _____
 Krankenkasse: _____
 pflichtversichert: ja / nein

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein
 Nähere Bezeichnung: _____
 Hausarzt/Ort: _____
 Tel. Hausarzt: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

ja	nein	unbek.
----	------	--------

1. Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?
 Warum? _____
2. Haben Sie zu hohen Blutdruck? (Werte?)
3. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? (Ohnmacht, kalte Hände/Füße) (Werte?)
4. **Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?**
 - Herzklappenfehler
 - künstliche Herzklappen
 - Herzoperationen (Wenn ja, welcher Art, wann?)
 - Endokarditis (Herzbeutelentzündung)
 - Angina pectoris (Herzschmerzen)
 - Herzinfarkt (wenn ja, wann?)
 - Herzrhythmusstörungen oder Herzrasen
5. Besitzen Sie einen **Herzpass**?
6. Hatten Sie Operationen im Kopf-, Brust-, Bauchbereich?
 Wenn ja, welche, wann?

ja	nein	unbek.
----	------	--------

7. **Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden Erkrankungen?**
 - Schilddrüsenerkrankung (wenn ja: Überfunktion / Unterfunktion)
 - Asthma
 - Heuschnupfen
 - Lungenerkrankung

- Lebererkrankung
- Magen-Darmerkrankungen
- Nierenerkrankung
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Grünen Star
- Rheuma/rheumatisches Fieber
- Nervenerkrankungen
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Schlaganfall
- Tumorleiden
- Wenn ja: - Operation
- Chemotherapie
- Bestrahlung
- Ansteckende Krankheiten
- Wenn ja: - Hepatitis (Leberentzündung: A/B/C)
- Tuberkulose
- HIV pos.
- Andere
- Erkrankungen des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen)
- Leiden Sie an längeren Blutungen, z.B. nach Schnittverletzungen oder Zahn-
 extraktion
- 8. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?
- z.B. Marcumar?
- 9. **Müssen Sie ständig Medikamente einnehmen?**
- Wenn ja, welche:
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- 10. Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein, z.B. Bisphosphonate ?
- 10. Sind Sie allergisch auf bestimmte Medikamente oder Substanzen?
- Wenn ja, welche? _____
- (z.B. Schmerzmittel, Penicillin, Sulfonamide, Jod, Latex)
- 11. Haben Sie einen Allergiepass?
- 12. Ist bei Ihnen eine ungewöhnliche Reaktion auf eine zahnärztliche Behandlungs-
 maßnahme (Spritze, Medikament) eingetreten?
- Wenn ja, was passierte? _____
- 13. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche?
- 14. Rauchen Sie?
- Wenn ja, wie viel Zigaretten pro Tag etwa?
- 15. Leiden Sie unter schlecht heilenden Wunden?
- 16. Haben Sie körperlichen oder psychischen Stress?

ja	nein	unbek.
----	------	--------

- 17. Sind Ihre Zähne durch Zahnlockerung oder Karies verloren gegangen?
- 18. Haben Sie wegen Zahnlockerung bzw. Zahnfleischbeschwerden schon einmal
 einen Zahnarzt aufgesucht?
- Wenn ja, was wurde gemacht? _____
- 19. Haben Sie einen Zahnersatz (Kronen, Brücken, herausnehmbar)?

Wenn ja, wie alt ist der Zahnersatz: _____

20. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kieferbereich?

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- 21. Untersuchung/Prophylaxe
- 22. Haben Sie Zahnschmerzen?
- 23. Blutet Ihr Zahnfleisch?
- 24. Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
- 25. Sind Ihre Zähne gelockert?
- 26. Bemerkten Sie Stellungsänderungen Ihrer Zähne?
- 27. Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich?
- 28. Wünschen Sie über künstliche Zahnwurzeln (Implantate) aufgeklärt zu werden?
- 29. Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?
- 30. Möchten Sie darüber eine Beratung?
- 31. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?
- 32. Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?

Herzlichen Dank für Ihre Angaben. Sie helfen uns, Sie noch individueller und besser behandeln zu können. Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. Für Tipps und Anregungen sind wir Ihnen stets dankbar. Ihr Team Zfür Mundgesundheit.
Ich bestätige, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Wolfenbüttel, den

(Unterschrift des Patienten)

Bitte beachten Sie! Betäubungsmittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.