

## Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_

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

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

<b>Bitte beantworten Sie uns in Ihrem Interesse folgende Fragen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Waren Sie in den letzten 5 Jahren ernsthaft krank?		
Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung?		
<b>Nehmen / bekommen Sie regelmäßig Medikamente (Tabletten, Spritzen, Infusionen): welche?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<small>z. B. blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Iscover) Herz- / Blutdruckmedikamente, etc.</small>		
<b>Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Herz-Kreislaufferkrankungen (Herzinfarkt, Herzschwäche, Herzklappe)		
Benötigen Sie einen Antibiotikaschutz vor Operationen (s. g. Endokarditisprophylaxe)		
Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit)		
Hypertonie (Bluthochdruck)		
Hypotonie (Blutniederdruck)		
Schilddrüsenerkrankung		
Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)		
Blutungsneigung (z. B. Hämophilie)		
Hepatitis (Gelbsucht)		
Immunschwäche (z. B. HIV / AIDS)		
Tumorleiden (Krebserkrankung)		
Osteoporose (Medikamente gegen Osteoporose)		
Ansteckende Erkrankungen		
Arzneimittelunverträglichkeiten, wenn ja, welche?		
Allergien (z. B. Heuschnupfen), wenn ja, welche?		
<b>Letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich:</b> <span style="float: right;"><b>Datum:</b> ____-____-____</span> <b>Sind Sie im Besitz eines Röntgenpasses?</b> ja( )    nein ( ) <b>Besteht eine Schwangerschaft?</b> ja( )    nein ( )		
<b>Ich versichere die o. g. wahrheitsgemäßen Angaben!</b>		
_____ Saarbrücken, den	_____ Unterschrift des Patienten	