

# Patienten-Fragebogen

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen.

## Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Mitglied/Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ o gesetzlich o privat  
o Beihilfe o Zusatzversicherung

Waren Sie in den letzten 5 bzw. 10 Jahren regelmäßig zur Kontrolluntersuchung und besitzen ein Bonusheft? o ja o nein

regelmäßig Medikamente o ja o nein  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Bisphosphonate in den letzten 5 Jahren? o ja o nein

Pflegegrad o ja o PG1 o PG2 o PG3 o PG4 o PG5  
o nein

Herzerkrankung Herzinsuffizienz o ja o nein  
Unregelmäßiger Herzschlag o ja o nein  
Herzmuskelentzündung o ja o nein  
Herzschrittmacher o ja o nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

Kreislaufferkrankungen Blutdruck o hoch o niedrig o nein  
Herzinfarkt, wann? \_\_\_\_\_ o ja o nein  
Ohnmachtsanfälle o ja o nein

Stoffwechselerkrankung Diabetes o ja o nein  
Magen-Erkrankung o ja o nein  
Darm-Erkrankung o ja o nein  
Schilddrüsenüberfunktion o ja o nein  
Schilddrüsenunterfunktion o ja o nein

Bitte wenden!

