

Bitte den Fragebogen einige Tage vor dem Erstgespräch an die Praxis schicken oder in der Praxis abgeben.

Patientenfragebogen

Datum: _____

Name/ Vorname: _____ Geb. Datum: _____ Telefon: _____

Vollst. Adresse: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Haarfarbe: _____ Augenfarbe: _____ Hauttyp: _____
dunkel / mittel / hell

Blutgruppe: ___ Familienstand: _____ Kinderzahl: ___ Religion: _____ Beruf: _____

Jetzige Beschwerden (bitte auch angeben, seit wann die Beschwerden bestehen)

Seit:	Art der Beschwerde / der Krankheit / des Symptoms: Bitte die Angabe möglichst in der richtigen zeitlichen Reihenfolge	Alter:
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
	7.	
	8.	
	9.	
	10.	
	11.	
	12.	

Weitere bitte auf gesondertem Blatt

Ging den jetzigen Beschwerden innerhalb von Tagen bis zu einem Jahr eine andere Erkrankung, ein anderes Beschwerdebild und/oder eine (Zahn) medizinische Maßnahme voraus?
 (z.B. Operation, Zahnbehandlung, Medikamente, Antibiotika, Hormonpräparate, Cortison, Schmerzmittel, Impfung o.a.)?
 Wann war das?

Medikamente:

seit wann? von wann?	bis wann?	welches Medikament? Dosierung? für/gegen was?
		1.
		2.
		3.
		4.
		5.
		6.
		7.
		8.
		9.
		10.

Weitere bitte auf gesondertem Blatt

Wurden oben aufgeführte oder andere Medikamente früher einmal genommen? welche?
 seit wann? wie lange?

Rauchen? Alkohol? Drogen? Koffein? Cola? Süßwaren? Schokolade?
 seit wann? welche Mengen?

Umweltgifte im Haus und am Arbeitsplatz	Nein o	Ja o	Welche?
Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Nein o	Ja o	Welche?
Fremdkörper (Metallplatten, Schrauben, Splitter, künstliche Gelenke, Implantate)	Nein o	Ja o	Welche?
Narben	Nein o	Ja o	Welche?
Melden sich Narben oder Fremdkörper bei Wetterwechsel?	Nein o	Ja o	Welche?

Zahnstatus: bitte in folgendes Schema (Ansicht von vorne) eintragen:

A = Amalgamfüllung, **WB** = Wurzelbehandlung, **I** = Implantat, **K** = Krone, **Iy** = Inlay, **B** = Brücke

Oben rechts – 1. Quadrant

Oben links – 2. Quadrant

18W	17B	16B	15VB	14VB	13E	12S	11S		21S	22S	23E	24VB	25VB	26B	27B	28W
48W	47B	46B	45VB	44VB	43E	42S	41S		31S	32S	33E	34VB	35VB	36B	37B	38W

Unten rechts – 4. Quadrant

Unten links – 3. Quadrant

W = Weisheitszahn, **B** = Backenzahn, **VB** = Vorbackenzahn, **E** = Eckzahn, **S** = Schneidezahn

Vegetative Anamnese: Wie steht es mit Stuhlgang, Wasserlassen, Schlaf, Fieber, Schwitzen, Auswurf, Appetit, Entwicklung des Körpergewichtes?

Sportliche Betätigung? Welche? Seit wann? Wie oft?

Wichtige frühere Krankheiten und Operationen?

Kinderkrankheiten, Infektionskrankheiten, Kopf, Hals-Nasen-Ohren, Zähne, Kiefer, Schilddrüse, Nervensystem, Herz, Kreislauf, Venen, Hämorrhoiden, Lungen, Leber, Galle, Milz, Bauchspeicheldrüse, Magen, Darm, Nieren, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane, Knochen, Muskeln, Gelenke, Haut, Blut, Stoffwechsel, Allergien, Hormonstörungen, Unfälle, Verletzungen, Krebs, andere.

Blinddarm-OP, Mandel-OP, Polypen-OP, Nasenscheidewand, Ohren-OP, Kieferhöhlenfensterung, Schilddrüse, Magen-Darm, Gallenblasen-OP, Leistenbruch, Knochenbrüche, Gelenke, Adern, andere.

wann? von/ seit wann?	bis wann?	Welche Krankheit? Welche Operation? Bitte die Angabe möglichst in der richtigen zeitlichen Reihenfolge
		1.
		2.
		3.
		4.
		5.
		6.
		7.
		8.
		9.
		10.
		11.
		12.

Wichtige Erkrankungen der Blutsverwandten (wer/was?):

