



## PATIENTENFRAGEBOGEN

**Herzlich Willkommen in der Praxis für Zahnmedizin, Oralchirurgie, Implantologie & Kinderzahnheilkunde  
Dr. med. dent. Sandra Mangold und Dr. med. dent. Niklas Mangold in Neu-Isenburg.**

Liebe Patientin, lieber Patient,  
bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese).  
Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in unserer Praxis.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Tel. (mobil): \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
*Zusatzversichert?*  Ja  Nein  
 Private Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
*Ihr Tarif?*  Vollversichert  
 Standardtarif (1,7-fach)  
 Anspruch auf Beihilfe

Sie sind nicht selbst Krankenversicherungsmitglied? Wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so gewissenhaft wie möglich:**

### Herz-Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Medikamente?

### Infektionskrankheiten

HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
andere (welche?) _____		

### Medikamente?

### Allergien/Unverträglichkeiten

Besitzen Sie einen Allergiepass  Ja  Nein

Lokalanästhetika  Ja  Nein

Antibiotika  Ja  Nein

andere (welche?) \_\_\_\_\_

### Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein

Lungenerkrankung  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Nierenfunktionsstörung  Ja  Nein

Ohnmachtsneigung  Ja  Nein

Grüner Star (Glaukom)  Ja  Nein

andere (welche?) \_\_\_\_\_

### Medikamente?

### Allgemeine Angaben

Sind oder waren Sie drogenabhängig  Ja  Nein

Sind oder waren Sie alkoholabhängig  Ja  Nein

Raucher  Ja  Nein

Wenn ja:  0-10  über 10 Zigaretten/Tag

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein

Wenn ja, bitte oben (unter Medikamente) eintragen

Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein

Wenn ja, Datum/Körperteile:

\_\_\_\_\_

Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Monat:

\_\_\_\_\_

Knirschen Sie mit den Zähnen oder haben Sie eine Knirschiene  Ja  Nein

### Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

Bleaching/Zahnaufhellung

Professionelle Zahnreinigung

Kinderprophylaxe

Amalgamaustausch & Alternativen

Frontzahnästhetik

Implantate

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_