

**Dr. Udo Dehling**  
**Zahnarzt**

Bahnhofstraße 11b  
90402 Nürnberg  
☎ 0911 / 44 56 56

[www.zahnarztpraxis-dr-dehling.de](http://www.zahnarztpraxis-dr-dehling.de)  
info@zahnarztpraxis-dr-dehling.de

**Sehr geehrte Patientin**  
**Sehr geehrter Patient**

Wir freuen uns Sie in unserer Zahnarztpraxis begrüßen zu dürfen.

**Neupatienten-Fragebogen**

Da bestehende Erkrankungen auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten, um eine optimale individuelle Behandlung zu ermöglichen.

Dieses Formular wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt und unterliegt mit all Ihren Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht.

Es dient ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihren gesundheitlichen Gegebenheiten anzupassen. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen jedoch den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Sollte einmal etwas nicht zu Ihrer Zufriedenheit ablaufen, so lassen Sie mich dies bitte wissen.

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen!**

**Patient**

Name Vorname geb. am

**Mitglied**

Name Vorname geb. am

**Anschrift**

Straße / Hausnummer Postleitzahl Ort

**Telefon**

Privat Mobil geschäftlich/tagsüber

**E-Mail Adresse**

**Krankenkasse**

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

**Zusatzversicherung**

nein ja wenn ja, bei welcher Gesellschaft

**Beruf**

**Arbeitgeber**

Bitte wenden 

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Name und Adresse Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

- 1. Herz Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)  Ja  Nein
- Herzschwäche (Insuffizienz)  Ja  Nein
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)  Ja  Nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

- 2. Kreislauf Erhöhter Blutdruck  Ja  Nein
- Zu niedriger Blutdruck  Ja  Nein

- 3. Blut Blutarmut (Anämie)  Ja  Nein
- Blutungsneigung  Ja  Nein
- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?  Ja  Nein

- 4. Lunge Asthma / chronische Bronchitis  Ja  Nein
- Tuberkulose  Ja  Nein

- 5. Stoffwechsel Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein
- Leberkrankheiten/Hepatitis/Gelbsucht  Ja  Nein
- Nierenerkrankungen  Ja  Nein

- 6. Nerven-System Anfallsleiden  Ja  Nein
- Depression  Ja  Nein
- Sonstige  Ja  Nein

- 7. Allergien Heuschnupfen/Ekzeme  Ja  Nein
- Medikamenten-Allergie  Ja  Nein
- Penicillin-Allergie  Ja  Nein
- Haben Sie einen Allergie-Pass?  Ja  Nein

8. Sind Sie HIV positiv?  Ja  Nein  
(diese Angabe wird streng vertraulich behandelt !)

9. Wurde bei Ihnen ein HIV – Test durchgeführt, wenn ja wann ? \_\_\_\_\_

10. Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

11. Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

12. Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenerkrankungen ein, z.B. Biphosphonate? \_\_\_\_\_

13. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

14. Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

15. Wie sind Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!**

**Beachten Sie bitte!**

Betäubungsmittel (Spritzen oder Tabletten) schränken Ihre Reaktionsfähigkeit ein. Sie sollten deshalb keine Maschinen betätigen und nicht im Straßenverkehr teilnehmen, wenn Betäubungsmittel (in Form von Spritzen oder Tabletten) verabreicht wurden oder Sie entsprechende Tabletten eingenommen haben. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

**Ihr Dr. Udo Dehling**

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

