



Patienten Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen im Universitätsklinikum Tübingen. Zur Vermeidung eventueller Zwischenfälle und Risiken bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand gewissenhaft zu beantworten. Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. (Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.) Bitte geben Sie Ihren ausgefüllten Patienten Fragebogen in Ihrer behandelnden Abteilung ab. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Patient: _____ geb.am: _____

Anschrift: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

	ja	nein	unbekannt
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche _____			

Infektionserkrankungen

	ja	nein	unbekannt
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere: _____			

Allergien

	ja	nein	unbekannt
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere: _____			

Pflegebedürftigkeit

	ja	nein	Pflegegrad
Pflegegrad nach §15 SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweis vom: _____			

Weitere Erkrankungen

	ja	nein	unbekannt
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere: _____			

Allgemeine Angaben

	ja	nein	unbekannt
Schwanger _____ Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft</i>		
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10/Zig./Tag</i>		
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, seit wann / Name des Präparates:

Besitzen Sie einen Medikamentenpass? ja nein

Chemotherapie, Radiotherapie, wenn ja, seit wann und in welchem Bereich:

Frühere Röntgenuntersuchung im Kopf- und Halsbereich, wenn ja, Datum / Körperteile (Röntgenpass):

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Ich verpflichte mich, die Mitarbeiter der Zahnklinik Tübingen umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen meines Gesundheitszustands bzw. meiner Medikamente zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens ein Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Für die Anfertigung von Kopien der Behandlungsunterlagen der Zahnklinik Tübingen berechnen wir eine Aufwandsentschädigung. Sie erhalten in diesem Fall eine separate Vereinbarung.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Tübingen, den _____

Unterschrift des Patienten (bzw. des Zahlungspflichtigen/
Erziehungsberechtigter/ gesetzl. Vertreter/ gesetzl. Betreuer)