

Patient questionnaire

Patientenerhebungsbogen



Last name: _____
Familiennamen:

First name: _____
Vorname:

Date of birth: _____
Geburtsdatum:

Nationality: _____
Staatsangehörigkeit:

Insurance number: _____
Versicherungsnummer:

Insurance: _____
Versicherung:

Language skills: _____
Sprachkenntnisse:

Only for minors: Legal guardian

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Last name: _____
Familiennamen:

First name: _____
Vorname:

Date of birth: _____
Geburtsdatum:

Nationality: _____
Staatsangehörigkeit:

Contact information

Kontaktdaten

Number and street: _____
Hausnummer und Straße:

City: _____
Ort:

Post code: _____
Postleitzahl:

Country: _____
Land:

Phone/mobile number: _____
Telefon-/Handynummer:

E-Mail: _____
E-Mail:

Please answer the following questions about your health as accurately as possible!

The data is subject to medical confidentiality and data protection provisions and is kept strictly confidential.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Cardiovascular disease

Herz-/Kreislauferkrankung

☐ yes ☐ no
ja nein

Blood coagulation (clotting) disorder

Blutgerinnungsstörung

☐ yes ☐ no

Seizure disorders (epilepsy)

Anfallsleiden (Epilepsie)

☐ yes ☐ no

Asthma/lung diseases

Asthma/Lungenerkrankungen

☐ yes ☐ no

Fainting

Ohnmachtsanfälle

☐ yes ☐ no

Diabetes

Diabetes/Zuckerkrankheit

☐ yes ☐ no

Liver disease

Lebererkrankung

☐ yes ☐ no

Kidney diseases

Nierenerkrankung

☐ yes ☐ no

Rheumatism/arthritis

Rheuma/Arthritis

☐ yes ☐ no

are you pregnant?

Besteht eine Schwangerschaft?

☐ yes ☐ no
ja nein

If so, in which month?

_____ month
Monat

Other illnesses:

Sonstige Erkrankungen:

☐ yes ☐ no

Thyroid disease ☐ yes ☐ no
Schilddrüsenerkrankung

Tuberculosis ☐ yes ☐ no
Tuberkulose

HIV infection/AIDS stage ☐ yes ☐ no
HIV-Infektion/Stadium AIDS

Infectious diseases (e.g. MRSA) ☐ yes ☐ no
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Drug addiction ☐ yes ☐ no
Drogenabhängigkeit

Smoker ☐ yes ☐ no
Raucher

Allergies or intolerances:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Local anaesthesia/injections ☐ yes ☐ no
Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotics ☐ yes ☐ no
Antibiotika

Pain killers ☐ yes ☐ no
Schmerzmittel

Other: _____
Andere: _____

Have you already had dental X-rays made?

☐ yes ☐ no

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

If so, when?

Wenn ja, wann?

Have you already been to a general practitioner?

☐ yes ☐ no

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

If so, what is the physician's name?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Which medications do you take on a regular basis or are you taking right now?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

_____ since _____
_____ seit _____
_____ since _____
_____ since _____
_____ since _____
_____ since _____

Place _____, Date _____
Ort _____, den _____

Signature: _____
Unterschrift _____