

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

PATIENTENDATEN

Ihr Name: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert ja nein

Freiwillig versichert ja nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung ja nein

VERSICHERTENDATEN (sofern Sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? P V

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

WEITERE ANGABEN

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Telefon Büro: _____

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____

GESUNDHEITSCHECK

Blutungsneigung/ Bluterkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
HIV	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung / Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-/ Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Marcumar/ Gerinnungshemmer	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Alkoholerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie Allergien?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____		

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welchen? _____		
Sind Sie Raucher?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____		
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Monat? _____		
Sind künstliche Gelenke vorhanden oder geplant?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann / ab wann? _____		

GRUND IHRES BESUCHS

Kontrolluntersuchung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Knirschen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mundgeruch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Migräne	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

BERATUNGSWUNSCH

Implantate / Implantatversorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lachgasbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Prothetische Versorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnaufhellung (Bleaching)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Füllungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

WAS SOLLEN WIR BESONDERS BERÜCKSICHTIGEN?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Starker Würgereiz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges? _____		

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? _____

Termine, die Sie nicht einhalten können, sollten Sie spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten (75,00€ pro 30 Minuten) in Rechnung gestellt werden können. Bitte legen Sie uns Ihre Krankenversichertenkarte zu Beginn eines jeden Quartals beim Termin vor. Konnte das Einlesen der Karte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung nicht erfolgen, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wir danken Ihnen für die sorgfältige Beantwortung der Fragen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum, Ort und Unterschrift