

PATIENTENFRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben zur Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig um eine adäquate und risikofreie Behandlung sicher zu stellen. Wir bitten Sie daher Seite 1 – 2 vollständig auszufüllen und zu unterschreiben.

PATIENTENDATEN

Name des Patienten geboren am Geburtsort

Anschrift

KRANKENKASSE

Name der Krankenkasse

Gesetzlichen Kasse angeben Pflichtversichert Freiwillig versichert

Telefon / Fax Mobil

Telefon Büro E-Mail Adresse Beruf

VERSICHERTENDATEN (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter geboren am

Anschrift

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? ja nein

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin
erinnert werden? schriftlich per SMS

per E-Mail _____

WICHTIGE INFORMATIONEN

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

IHR PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf od. Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Erkrankung der inneren Organe
(z. B. Leber > Hepatitis ABC) |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Marcumar / Gerinnungshemmer | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (z. B. Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Leiden Sie an Ohrenerkrankungen (Tinnitus) |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation | <input type="checkbox"/> Besteht eine Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeitsreaktionen / Allergien /
Unverträglichkeiten (z. B. gegen bestimmte
Medikamente, Metalle, Kunststoffe) |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck / Ohnmachtsneigung | |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | |
| <input type="checkbox"/> Asthma, chronisch obstructive Lungenerkr. od. Atemnot | |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids, HIV) | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |

Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht aufgeführt wurden? Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Frühere Röntgenuntersuchung. Wenn ja, wann und wo? _____

Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt _____

Rauchen Sie? ja nein

GRUND IHRES BESUCHS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Knirschen |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleisch bluten | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | <input type="checkbox"/> Starker Würgereiz |
| <input type="checkbox"/> Starke Schmerzempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____

BERATUNGSWUNSCH

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch und Alternativen |
| <input type="checkbox"/> Bleaching / Zahnaufhellung | <input type="checkbox"/> Implantate / Implantatversorgung |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | <input type="checkbox"/> Bakterien- bzw. Gentest / Parodontose |
| <input type="checkbox"/> Kinder / Erwachsenenprophylaxe | <input type="checkbox"/> eine »zweite Meinung« |
| <input type="checkbox"/> Gold- bzw. Keramikinlays | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Sollen wir die Behandlungsschritte erklären? ja nein

Wann war die letzte Zahnarztbehandlung? Monat /Jahr _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst? _____

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum

Unterschrift