

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen (Vorder- und Rückseite) sorgfältig aus. Gerne helfen wir Ihnen bei der Beantwortung einzelner Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO - Information gemäß Artikel 13 in der Praxis einsehbar).

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihr PRAXISTEAM

Persönliche Angaben

Name: Vorname: geb.:

Straße: Wohnort:

Beruf: Arbeitgeber:

Telefon: privat dienstlich

Versicherung: pflicht freiwillig privat zusatzversichert Beihilfe
 Basis / Standardtarif

Versicherter:

Aus welchem Grund suchen Sie uns auf?

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	Bemerken Sie Zahnfleischerkrankungen?	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich?	<input type="checkbox"/>	Blutet Ihr Zahnfleisch gelegentlich?	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?	<input type="checkbox"/>

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Kariesvermeidung, Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Inlays (Keramikinlays)	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbehandlung	<input type="checkbox"/>	Hochwertigen Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Amalgamentfernung und -ersatz	<input type="checkbox"/>	Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Füllungen	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Bitte umblättern!

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!

	ja	nein		ja	nein
1. Haben Sie hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben Sie niedrigen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Magen-Darmerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?			- Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, HIV, AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? (z. B. Marcumar, ASS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Endokarditits (Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzoperationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
- Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?				
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?		
- Erkrankung des Blutes (z. B. Blutgerinnungsstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
- Allergien Wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
.....				
.....			9. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....					
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Lungenerkrankung (z. B. Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Wann und wo wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?		
- Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
- Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Leiden Sie unter Schnarchen / Schlafstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie einen besonderen Terminwunsch?

Haben Sie einen besonderen Behandlerwunsch?

Datum, Unterschrift: