

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse Ihrer Behandlung sorgfältig aus; bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum/ -ort _____ Beruf _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon / Fax _____

Versicherter: Name _____ Geburtsdatum _____ Handy-Nummer (bitte unbedingt angeben) _____

Email-Adresse: _____

Gesetzliche Krankenkasse _____

Sind Sie freiwillig versichert? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Private Versicherung _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Medizinische Anamnese

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten:

Herz-Kreislaufkrankung	ja ()	nein ()	Diabetes	ja ()	nein ()
Infektionskrankheiten	ja ()	nein ()	Schilddrüse	ja ()	nein ()
Glaukom (grüner Star)	ja ()	nein ()	Rheuma	ja ()	nein ()
Immunschwäche (HIV)	ja ()	nein ()	Epilepsie	ja ()	nein ()
Leber/Nierenerkrankung	ja ()	nein ()	Osteoporose	ja ()	nein ()
Magen/Darmerkrankung	ja ()	nein ()	Bluterkrankung	ja ()	nein ()
Asthma bronchiale	ja ()	nein ()	Herpes labialis	ja ()	nein ()

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja () nein ()

Haben Sie ein Organtransplantat? ja () nein ()

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja () nein ()

Haben Sie Allergien? ja () nein ()

Wenn ja, gegen was:.....

Rauchen Sie? ja () nein ()

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja () nein ()

Wenn ja, welche:.....

Sind Sie schwanger? ja () nein ()

Wer ist Ihr Hausarzt?

Bitte wenden.....

Zahnmedizinische Anamnese:

Was ist der Grund für Ihren Besuch?
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung.....
Wie alt ist evtl. vorhandener Zahnersatz?
Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

Haben Sie zurzeit Beschwerden? ja () nein ()
Haben Sie Zahnfleischbluten bemerkt? ja () nein ()
Haben Sie einen starken Würgereflex? ja () nein ()
Fangen sich leicht Speisereste zwischen Ihren Zähnen? ja () nein ()
Haben Sie Zahnlockerung bemerkt? ja () nein ()
Sind Sie mit dem Aussehen / der Kaufähigkeit Ihrer Zähne zufrieden? ja () nein ()
Möchten Sie gern weißere Zähne haben? ja () nein ()
Hatten Sie schon einmal eine Parodontosebehandlung? ja () nein ()
Wenn ja, in welchem Jahr
Sind Sie schon einmal mit einer Aufbisschiene behandelt worden? ja () nein ()
Leiden Sie unter Kiefergelenkschmerzen bzw. Knacken? ja () nein ()
Möchten Sie halbjährlich an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja () nein ()
Hatten Sie schon einmal eine Kieferorthopädische Behandlung (Zahnsperre)? ja () nein ()
Sind Sie häufig nervös oder stressanfällig? ja () nein ()
Wünschen Sie eine Lachgassedierung? ja () nein ()
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
Wenn ja machen Sie bitte einen Strich auf der Skala: wenig _____ viel

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Prophylaxe / prof. Zahnreinigung	()	Keramikfüllungen	()
Zahnaufhellung	()	Goldfüllungen	()
Zahnschmuck	()	Zahnimplantate	()

Bitte teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahme und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit.
Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/oder zu Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Ich bestätige, dass die oben von mir gemachten Angaben der Richtigkeit entsprechen.

.....
Datum, Unterschrift Patient

Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin) in Rechnung zu stellen.

.....
Datum, Unterschrift Patient