

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Mundgesundheit anvertrauen möchten.
Damit wir Sie optimal betreuen können, bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen, denn alle Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung und Ihre Mundgesundheit haben.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz.
Wenn Fragen oder Unklarheiten beim Ausfüllen entstehen, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient Herr / Frau	Name _____	Vorname _____	Geb. _____
Mitglied / Versicherter	Name _____	Vorname _____	Geb. _____
Anschrift	Straße / Nr. _____		
	PLZ / Ort _____	Tel. privat _____	
	E-Mail-Adresse _____	Tel. mobil _____	
Geburtsort	Stadt _____		
	Beruf _____		
	Arbeitgeber _____	Tel. gesch. _____	
Krankenkasse	_____		
	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> zusätzlich versichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Spezialtarif, Basistarif? (besondere Einschränkungen o.ä.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Form? _____			

Mein Hausarzt Name _____ Tel. _____

Schilddrüsenerkrankung (z.B. Unter- / Überfunktion) ja nein

Allergien (z.B. Penicillin) ja nein

Wenn ja, welche? _____

hoher / niedriger Blutdruck ja nein

Herz- / Kreislauferkrankungen (z.B. Herzschrittmacher, Angina pectoris) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Infektionskrankheiten (z.B. TBC, Hepatitis, HIV) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Engwinkelglaukom (Augenerkrankung) ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viel? _____



Für Patientinnen: Können Sie eine Schwangerschaft ausschließen? ja nein

Sonstige Erkrankungen ja nein
Wenn ja, welche? _____

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? vor ca. _____ Monaten / Jahren
bei Zahnarzt _____

PLZ / Ort _____

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____

Wann war ca. Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Tragen Sie Zahnersatz (Brücken, Kronen, Prothesen, Implantate)? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____

Bemerken Sie Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang? ja nein

Hatten Sie schon einmal eine Zahnfleischbehandlung? ja nein
Wenn ja, wann? _____

Knirschen / Pressen Sie mit Ihren Zähnen? ja nein

Geräusche im Kiefergelenk? (z.B. beim Kauen, Gähnen) ja nein

Schmerzen am Kopf / Nacken? (z.B. morgens) ja nein

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden? ja nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne, also Ihrem „Lächeln“, zufrieden? ja nein

Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang? ja nein

Möchten Sie unseren besonderen Service der unverbindlichen Erinnerung für Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen nutzen? ja nein

Wenn ja, in welcher Form möchten Sie erinnert werden? Brief/Postkarte Telefon Email

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden, bzw. bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bitten wir Sie uns unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unsere Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen – was dann?

Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt, da die Praxis auf Ihren Besuch eingestellt war. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb rechtzeitig (d.h. möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen, ohne vorherige oder zu kurzfristiger Absage, können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Datum _____

Unterschrift _____
(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)