

Sehr geehrte/-r Patient/-in,

bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus, damit wir Ihnen optimal helfen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

	Patient	Hauptversicherter
Name		
Vorname		
geboren am		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Krankenkasse/Versicherung		
Beruf		
Telefon privat		
Telefon beruflich		
Mobil		
E-mail		

- Was ist der Grund Ihres Besuches/haben Sie besondere Wünsche und Erwartungen?
.....
- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
 Internet-Suche Unsere Homepage Anzeige Veranstaltung
 Empfehlung/Überweisung von
- Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung? Ja Nein Welche?
- Sind Sie Beihilfeversichert? Ja Nein
- Sind Sie an hochwertiger, innovativer Zahnheilkunde interessiert?
 (z.B. Implantate, Keramikversorgung usw.) Ja Nein
 Sind Sie an professioneller Zahnreinigung und Aufklärung über Zahnpflege interessiert?
 (Entfernen von Verfärbungen, Bleaching...) Ja Nein

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? nein ja

Derzeit bestehende Krankheiten, Therapien, Gewohnheiten:

Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Allergien / Allergiepass	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Blutdruck	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> Hoch Ggf. Wert:
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II HbA1c Wert:
Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, MRSA etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Neigen Sie zu Nachblutungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	SSW?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl der Zigaretten täglich:
Wann war Ihr letzter Besuch beim Zahnarzt?			

Mein Hausarzt (Name, Anschrift, Tel.):.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach bestem Willen beantwortet.

Ich wurde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt werden kann.

Der Unterzeichner verpflichtet sich Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls ist die Praxis berechtigt den ausgefallenen Termin nach GOÄ als Verweilgebühr privat in Rechnung zu stellen.

Datum und Unterschrift: