



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie die einzelnen Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Geburtsort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer:	Mobil:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Versicherte Person/ Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

Name:	Vorname:	Geb.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Telefonnummer/ Mobil:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Versicherung

Name:	Ort:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> PKV-Standardtarif	<input type="checkbox"/> Beihilfe
Besteht eine Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche:	<input type="text"/>
Haben Sie einen Pflegegrad oder bekommen Sie	<input type="checkbox"/> ja	Pflegegrad:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein

Hausarzt

Name:	Anschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung/ Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes / Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma/ Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Erkrankungen:



Infektionskrankheiten

HIV Infektion/ AIDS ja nein Hepatitis A ja nein Hepatitis B ja nein
Hepatitis C ja nein Tuberkulose ja nein MRSA ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie ja nein Antibiotika ja nein Schmerzmittel ja nein
Metalle ja nein Latex ja nein Allergiepass ja nein

Sonstige:

Sonstige wichtige Informationen

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, welche SSW?

Wurden bei Ihnen in letzter Zeit **zahnärztliche** Röntgenaufnahmen durchgeführt? ja nein

Wenn ja, warum?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit bzw. regelmäßig ein?

Name:	Seit:	Name:	Seit:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name:	Seit:	Name:	Seit:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kostenloser Erinnerungsservice (Post/ SMS/ E-Mail)

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt, Ihre Zähne von Anfang an gesund zu erhalten. Daher bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service für kontroll- und Prophylaxe Termine an.

Möchten Sie sich für unseren kostenlosen Erinnerungsservice vormerken lassen? ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung Internet/ Website Sonstiges

ACHTUNG! Ein unentschuldigtes Nichterscheinen in einer Bestellpraxis ist ein großes Problem!

Sagen Sie immer möglichst 24 Stunden vor dem Termin ab, falls Sie nicht erscheinen können. Dieser Termin kann dann rechtzeitig wieder an einen Patienten mit Schmerzen vergeben werden.

Aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen müssen wir uns bei wiederholter Terminuntreue vorbehalten, künftige Behandlungen zu verweigern. Vielen Dank für Ihr Verständnis. Ihr Praxistermin.

x

Ort, Datum

x

Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten