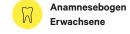
Die Zahnpraxis

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.



| Ihre Daten | |
|---|------|
| Name: | |
| geboren am: | |
| Anschrift: | |
| Telefon: | |
| Fax: | |
| Mobil: | |
| E-Mail-Adresse: | |
| Name der Krankenkasse: | |
| Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben | |
| pflichtversichert freiwillig versichert | |
| Private Zusatzversicherung ja ja | nein |
| Rechnung an PatientIn oder Versicherte(n)? PatientIn Versicherte(n) Versicherte(r): geboren am: Anschrift: | |
| Weitere Angaben Beruf: | |
| Arbeitgeberln: | |
| Anschrift des/der Arbeitgebers/Arbeitgeberin: | |
| Telefon (Büro): | |
| Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? | |
| Empfehlung durch Familie /Freunde/Bekannte | |
| Internet | |
| Gelbe Seiten | |
| sonstige: | |



| Gesundheitscheck | | |
|---|----|------|
| Blutungsneigung/ Bluterkrankung | ja | nein |
| Diabetes | ja | nein |
| Epilepsie | ja | nein |
| Herzerkrankung | ja | nein |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | ja | nein |
| HIV | ja | nein |
| Hoher Blutdruck | ja | nein |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | ja | nein |
| Lungenerkrankung / Asthma | ja | nein |
| Magen-/ Darmerkrankung | ja | nein |
| Marcumar/ Gerinnungshemmer | ja | nein |
| Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankungen | ja | nein |
| Niedriger Blutdruck | ja | nein |
| Nierenerkrankung | ja | nein |
| Ohnmachtsneigung | ja | nein |
| Alkoholerkrankung | ja | nein |
| Rheuma | ja | nein |
| Schilddrüsenerkrankung | ja | nein |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja, welche? | ja | nein |
| Haben Sie Allergien? | ja | nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? | | |
| Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Wenn ja, bei welchen? | ja | nein |
| Sind Sie Raucherln? | ja | nein |
| Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? | | |
| Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? | ja | nein |
| Sind künstliche Gelenke vorhanden oder geplant? Wenn ja, seit wann / ab wann? | ja | nein |

| Grund ihres Besuchs | | | |
|--|---|-------------------------------------|----|
| Kontrolluntersuchung | | ja ne | in |
| Schmerzen | | ja ne | in |
| Zahnfleischbluten | | ja ne | in |
| Kiefergelenkbeschwerden | | ja ne | in |
| Knirschen | | ja ne | in |
| Mundgeruch | | ja ne | in |
| Beratung | | ja ne | in |
| Sonstiges | | | |
| | | | |
| Poratungswunsch | | | |
| Beratungswunsch | | ia ne | in |
| Implantate / Implantatversorgung | | . = | |
| Lachgasbehandlung | | ja ne | |
| Professionelle Zahnreinigung | | ja ne | |
| Prothetische Versorgung | | ja ne | |
| Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | | ja ne | |
| Zahnaufhellung (Bleaching) | | ja ne | |
| Zahnfarbene Füllungen | | ja ne | ın |
| Sonstiges | | | |
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen Starke Schmerzempfindlichkeit Starker Würgereiz Sonstiges | | ja ne ja ne ja ne | in |
| Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am n | neisten vermisst? | | |
| Termine, die Sie nicht einhalten können, sollten Sie spät da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen k in Rechnung gestellt werden können. Bitte legen Sie uns Beginn eines jeden Quartals beim Termin vor. Konnte da von 14 Tagen nach der Behandlung nicht erfolgen, betra Sie erhalten eine Rechnung. | Kosten (75,00€ pro 30 s Ihre Krankenversiche as Einlesen der Karte ir | Minuten) rtenkarte z nnerhalb | u |
| Wir danken Ihnen für die sorgfältige Beantwortung der von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber o Datenschutzes. | | | |
| Datum, Ort und Unterschrift | | | |