



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb die nachfolgenden Fragen auf beiden Seiten. Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gern. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Personalien			
Patient:			
Name _____		Vorname _____	
		Geburtsdatum _____	
Private Anschrift des Patienten:			
PLZ _____	Ort _____	Straße _____	
Telefon _____		Mobil _____	
Email _____		Fax _____	
Arbeitsstätte des Patienten:			
Beruf _____		Arbeitgeber _____	
Versicherter: <input type="checkbox"/> wie Patient <input type="checkbox"/> bei Familienversicherung der Hauptversicherte (z.B. Ehepartner, Eltern, usw.):			
Name _____		Vorname _____	
		Geburtsdatum _____	
Private Anschrift des Versicherten / bei Familienversicherung des Hauptversicherten (z.B. Ehepartner, Eltern, usw.):			
PLZ _____	Ort _____	Straße _____	
Krankenkasse:			
Status		Versicherung	
<input type="checkbox"/> Gesetzlich		_____	
Zusatzversicherung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn „Ja“, welche?		_____	
<input type="checkbox"/> Privat		_____	
Standard-/Basistarif? (eingeschränkte Leistungen)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beihilfe berechtigt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Was führt Sie heute zu uns?			
Kommen Sie zur:		Beratung oder Kontrolle <input type="checkbox"/>	
		Notfallbehandlung (Zahnschmerzen) <input type="checkbox"/>	
		Sanierung <input type="checkbox"/>	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?			
<input type="checkbox"/> Empfehlung, wenn Ja von wem? _____			
Suchmaschinen im Internet:		<input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Bewertungsportale im Internet:		<input type="checkbox"/> Jameda <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten	
Wie schätzen Sie Ihre Zahnpflege ein?			
<input type="checkbox"/> Sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> schlechter
Wie möchten Sie in Zukunft an Ihre Vorsorge / Prophylaxe erinnert werden?			
<input type="checkbox"/> per Email	<input type="checkbox"/> per SMS	<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> gar nicht

2. Allgemeine Anamnese

Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? (Antibiotika, Schmerzmittel, Anästhetika) Wenn ja welche: _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Traten schon einmal Probleme nach zahnärztlichen Spritzen auf?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche: _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie an Asthma, Heuschnupfen oder anderen Überempfindlichkeiten? Woran: _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bluten Sie lange nach Verletzungen oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn „Ja“, welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Herz-/Kreislaufkrankungen? <input type="checkbox"/> Herz-Rhythmus-Störungen <input type="checkbox"/> Klappenersatz / Bypass <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Stoffwechselkrankheiten? <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Neigen Sie zu Krämpfen / Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rauchen Sie? Wenn „Ja“, wie viel pro Tag? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie jemals <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> schweres Rheuma	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Infektionskrankheiten (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

3. Zahnärztliche Anamnese

Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung? Wenn „Ja“, aus welchem Anlass? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Beschwerden beim Kauen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gibt es empfindliche, raue oder störende Zähne?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Zahnfleischprobleme / Bluten beim Zähne putzen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Spannungskopfschmerz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder in der Ohrumgebung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bestehen häufig Hals- oder Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Halten Sie den Erhalt Ihrer eigenen Zähne für wichtig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie an Informationen über Sport - Mundschutz und/oder einer Schnarch - Schiene interessiert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder jüngerer Datums	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Mundgeruch bemerkt oder den Verdacht, dass Sie welchen haben? Wenn ja, <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich Versicherter verpflichtet bin, meine Versicherungskarte binnen 10 Tagen vorzulegen. Andernfalls können wir die erbrachten Leistungen in einer Privatrechnung nach GOZ in Rechnung stellen. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

WICHTIG! Terminänderungen oder Absagen sind so früh wie möglich, allerspätestens 24 h vor der vereinbarten Behandlungszeit vorzunehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine erstellen wir eine Ausfallrechnung, die sich nach der Art und der Dauer der jeweiligen Behandlung richtet.

Datum: _____ Unterschrift: _____