

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: ☐ wie Patient ☐ bei Familienversicherung der Hauptversicherte (z.B. Ehepartner, Eltern usw.):

 Name Vorname Geburtsdatum

Private Anschrift des Versicherten / bei Familienversicherung der Hauptversicherten (z.B. Ehepartner, Eltern usw.):

 PLZ Ort Straße

Krankenkasse:

Status

Versicherung

☐ Gesetzlich _____

Zusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“, welche? _____

☐ Privat _____

Standard-/Basistarif? ☐ Ja ☐ Nein

(eingeschränkte Leistungen)

Beihilfe berechtigt? ☐ Ja ☐ Nein

Was führt Sie heute zu uns?

Kommen Sie zur: Beratung oder Kontrolle ☐
 Notfallbehandlung (Zahnschmerzen) ☐
 Sanierung ☐

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

☐ Empfehlung, wenn Ja von wem? _____

Suchmaschinen im Internet: ☐ Google ☐ Sonstiges: _____

Bewertungsportale im Internet: ☐ Jameda ☐ Sonstiges: _____ ☐ Gelbe Seiten

Wie schätzen Sie Ihre Zahnpflege ein?

☐ Sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ schlechter

Wie möchten Sie in Zukunft an Ihre Vorsorge / Prophylaxe erinnert werden?

☐ per Email ☐ per SMS ☐ telefonisch ☐ schriftlich ☐ gar nicht

Bitte beachten Sie die Rückseite!

2. Allgemeine Anamnese

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

3. Zahnärztliche Anamnese

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

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: _____