

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine individuelle und auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Ihr Name Vorname geb. am

Name, Vorname der / des Versicherten, falls abweichend geb. am

Straße / Hausnummer PLZ / Wohnort Telefon (privat)

E-Mail Beruf / Arbeitgeber Telefon (dienstlich)

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Name und Sitz der Krankenkasse pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
 Beihilfe Zusatzversicherung nicht versichert

WURDEN SIE UNS ÜBERWIESEN? Ja Nein **VON:**

GESUNDHEITZUSTAND

- Hoher Blutdruck Ja Nein
- Niedriger Blutdruck Ja Nein
- Herzklappenfehler Ja Nein
- Herzklappenersatz Ja Nein
- Herzschritmacher Ja Nein
- Endokarditis Ja Nein
- Herzoperation Ja Nein

- Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein
- Asthma / Lungenerkrankungen Ja Nein
- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Diabetes / Zuckerkrankheit Ja Nein
- Drogenabhängigkeit Ja Nein
- Nervenerkrankung Ja Nein
- Nierenerkrankungen Ja Nein
- Ohnmachtsanfälle Ja Nein
- Osteoporoseerkrankung Ja Nein
- Raucher Ja Nein
- Rheuma / Arthritis Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

- Hochgradige Neutropenie Ja Nein
- Mukoviszidose-Erkrankung Ja Nein
- Organtransplantiert Ja Nein
- Stammzellentransplantiert Ja Nein

Sonstige Erkrankungen:

INFEKTIÖSE ERKRANKUNGEN

- HIV-Infektion / Stadium AIDS Ja Nein
- Lebererkrankung / Hepatitis Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- Andere Infektionskrankheiten Ja Nein

ALLERGIEN BZW. UNVERTRÄGLICHKEITEN

- Lokalanästhesie / Spritzen Ja Nein
- Antibiotika Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- Metalle:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

_____ seit _____

Nehmen Sie Bisphosphonate? Ja Nein seit _____

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? Ja Nein seit _____

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? Ja Nein seit _____

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? Ja Nein seit _____

Hatten Sie größere Operationen im Krankenhaus? Ja Nein wann _____

Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle) operiert? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Halswirbelsäule)? Ja Nein

Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben: _____

ZAHN-MUND-SITUATION

Zahnschmerzen Ja Nein

Zahnfleischbluten Ja Nein

Geräusche im Kiefergelenk Ja Nein

Kopf- und Nackenschmerzen? Ja Nein

Tragen Sie Zahnersatz? Ja Nein

Wenn ja, seit wann _____

Kennen Sie die professionelle

Zahnreinigung (kurz PZR)? Ja Nein

Welche Zahnpflegemittel verwenden Sie? _____

STÖRT SIE ETWAS AM AUSSEHEN IHRER ZÄHNE?

Zahnfarbe

Zahnstellung

Lücke(n)

Sonstiges: _____

WÜNSCHEN SIE EINE GEZIELTE BERATUNG ÜBER:

Implantate

Zahnaufhellung

Prof. Zahnreinigung

Sonstiges: _____

Zahnersatzlösungen

Amalgamaustausch

Prothesenreinigung

WAS HABEN SIE BISHER BEI ZAHNARZTBESUCHEN AM MEISTEN VERMISST (z.B. Beratung, Informationen, etc.)?

Recall-Service: Wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnert zu werden? Ja Nein

Eine letzte Frage: Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Wichtiger Hinweis

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bestätigen Sie uns bitte:

ICH STIMME EINER SPEICHERUNG MEINER DATEN AUSDRÜCKLICH ZU.

Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten, informiere ich Sie umgehend.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

DIE INFORMATIONEN ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN SIND IN DER PRAXIS EINSEHBAR.