



An jedem Zahn hängt ein Mensch und da wir Sie als ganzen Menschen wahrnehmen möchten, nehmen Sie sich bitte etwas Zeit zur Beantwortung unseres Fragebogens. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand individuell anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung der Fragen haben, scheuen Sie sich nicht, uns anzusprechen.

Persönliches

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtstag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon privat	Telefon mobil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail-Adresse	Beruf	
<input type="text"/>		
Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie beihilfeberechtigt? (Bitte ankreuzen.)	Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? (Bitte ankreuzen.)	
<input type="text"/>		

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes

Wer ist der Versicherte, wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtstag

Kommen Sie zu einer Routineuntersuchung? Ja Nein

Haben Sie akute Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

Dauerschmerz Ja Nein

Zähne reagieren auf süß/sauer Ja Nein

Manche Zähne sind temperaturempfindlich Ja Nein

Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen Ja Nein

Zähne schmerzen auch ohne Belastung Ja Nein

Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch Ja Nein

Kieferschmerzen/Kiefergelenkschmerzen Ja Nein

Und:

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch z.B. beim Zähneputzen? Ja Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Herzens oder Kreislaufs Ja Nein

Leber Ja Nein

Nieren Ja Nein

Schilddrüse Ja Nein

Magen-Darm-Traktes Ja Nein

Gelenke (Rheuma) Ja Nein

Wirbelsäule Ja Nein

Atemwege Ja Nein

Tumorerkrankung Ja Nein

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck Ja Nein

niedrigen Blutdruck Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Zahnfleischbluten Ja Nein

Bitte wenden.

Ohrensausen/Tinnitus Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

grünen Star Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

HIV (Aids) Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, wogegen?

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Herzmedikamente Ja Nein

Cortison (Kortikoide) Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antidepressiva Ja Nein

blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, Ass) Ja Nein

Andere Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Fand eine Röntgenuntersuchung Ihres Kausystems statt? Ja Nein

Wenn ja, wann und was?

Sind im Kopf-Halsbereich Tumorbestrahlungen erfolgt? Ja Nein

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Hinweis zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen Wartezeiten bis zu Ihrer Behandlung so kurz wie möglich zu halten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Ihren Termin einzuhalten, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls erheben wir eine Ausfallgebühr von 65 €.

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Wenn ja, per Post oder per E-Mail? Post E-Mail

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 h beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Zum Schluss

Ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und bin mit oben genannten Regelungen einverstanden.

Datum, Name