

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, diesen Erhebungsbogen auszufüllen.

Der Fragebogen verbleibt in Ihren Akten.

Alle gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Telefon dienstl.: _____
Postleitzahl: _____ Telefon privat: _____
Wohnort: _____ Telefon mobil: _____
Straße: _____ Email: _____

Beruf: _____
(Bei Ehefrauen auch Vorname, Beruf und Geburtstag des Mannes - Bei Kindern Vorname, Beruf und Geburtstag des Vaters)

Angestellt bei: _____

Krankenkasse: _____

Es wird um die Vorlage Ihrer Versicherungskarte gebeten. Andernfalls kann gemäß der vertraglichen Bestimmungen Privathonorar erhoben werden.

Mit der Abrechnung über eine Abrechnungsgesellschaft erkläre ich mich einverstanden. Mehrkosten entstehen hierdurch nicht.

ACHTUNG! Durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden!

Unterschrift: _____ Datum: _____

Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand in Ihrem Interesse möglichst genau.

ja nein

- Haben Sie anhaltende Schmerzen?
- Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate zur zahnärztlichen Untersuchung oder Behandlung?
- Leiden oder litten Sie öfter an Zahnfleischbluten?
- Tragen Sie Zahnersatz?
herausnehmbar? _____ festsitzend? _____ seit wann? _____
- Sind Sie Allergiker (hatten Sie z. B. Heuschnupfen oder Nesselsucht)?
- Vertragen Sie bestimmte Arzneimittel nicht?
- Hatten Sie ernsthafte Herz- und Kreislaufbeschwerden?
- Sind Sie zuckerkrank?
- Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal Gelbsucht?
- Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Blutgerinnungsstörung?
- Leiden oder litten Sie an Tuberkulose?
- Leiden Sie unter Asthma (schwere Atemnot)?
- Haben oder hatten Sie ein Magen- oder Darmgeschwür?
- Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung?
- Sind Sie Raucher?
- Haben Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher?
- Sind Sie Aids infiziert?
- Sind Sie schwanger?
- Frühere Röntgen- und Nuclearmedizinische Untersuchungen (z. B. Schilddrüsen Radio-Jod- Test)
wann: _____ was: _____
- Röntgenbestrahlungen
wann: _____ was: _____
Röntgenpass vorhanden?
- Ohnmachtsneigung?
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____
- Nehmen Sie Drogen? Welche? _____
- Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____
- Empfohlen durch: _____