



Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Im Interesse Ihrer Behandlung und aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Name, Vorname gesetzlicher Vertreter, Adresse _____

Adresse _____ Beruf/ Arbeitgeber _____

Festnetznummer _____ Mobilfunknummer _____ Email _____

O gesetzlich versichert O privat versichert O Basistarif O Beihilfe O zusatzversichert

Bitte beachten Sie, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht immer gesichert ist. Selbstverständlich werden Sie vor einer Behandlung über eventuell anfallende Kosten informiert.

Letzte zahnärztliche Untersuchung/ Behandlung (für Neupatienten)

Vollständig geführtes Bonusheft (Eintragungen der letzten 5 Jahre) O ja O nein

Wann war die letzte zahnärztliche Routineuntersuchung? _____

Wurden bei der Untersuchung Auffälligkeiten festgestellt? O ja O nein

Gibt es aktuelle Röntgenbilder (letzten 2 Jahre)? O ja O nein

Allgemein-medizinische Informationen

Für eine an Ihrem Gesundheitszustand angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir zu Ihrer eigenen Sicherheit einige allgemein-medizinische Informationen. Hierfür bitten wir Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen haben oder etwas unklar sein, sprechen Sie uns bitte vor der Behandlung an. Wir helfen Ihnen gerne bei der Beantwortung der Fragen.

Gegebenenfalls kann es nötig sein unsere Behandlung allgemein-medizinisch mit Ihrem Hausarzt abzustimmen. Sind Sie mit einer derartigen **Konsultierung Ihres Hausarztes** bezüglich medizinisch relevanter Informationen einverstanden? O ja O nein

Name des Hausarztes _____ Telefonnummer _____

Befanden Sie sich in den letzten 3 Jahren in **ärztlicher Behandlung**?

Falls ja, aus welchem Grund und bei welchem Arzt/ welchen Ärzten: _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? O ja O nein
Falls ja, welche?

Besteht bei Ihnen der Verdacht auf **Allergien** oder Überempfindlichkeiten? O ja O nein
Falls ja, welche?

Ist ein Allergiepass vorhanden? O ja O nein

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen oder der Verdacht darauf:

Herzkreislauferkrankungen/ Bluterkrankungen?

Herzinfarkt	O ja O nein	Schlaganfall	O ja O nein
Herzinsuffizienz	O ja O nein	Niedriger Blutdruck/ Ohnmachtsneigung	O ja O nein
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	O ja O nein	Hoher Blutdruck	O ja O nein
Künstliche Herzklappen	O ja O nein	Durchblutungsstörungen	O ja O nein
Herzrhythmusstörungen	O ja O nein	Bluter (Hämophilie)	O ja O nein
Herzschritmacher	O ja O nein	Blutarmut	O ja O nein
Angina pectoris	O ja O nein	Sonstiges?	

Erkrankungen der Atemwege/ der Lunge? O ja O nein
(z.B.: Asthma, Bronchitis, COPD)

Stoffwechselerkrankungen? O ja O nein
(z.B.: Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)

Augenerkrankungen? O ja O nein
(z.B.: Grüner Star, Grauer Star, Glaukom)

Erkrankungen des Bewegungsapparates? O ja O nein
(z.B.: Rheuma, rheumatische Arthritis, Gicht)

Erkrankungen der inneren Organe? O ja O nein
Niere, Leber, Magen, Darm (z.B.: Niereninsuffizienz, Dialysepflicht, Leberzirrhose, Morbus Crohn)

Erkrankungen des Nervensystems? O ja O nein
(z.B.: epileptische Anfälle, Epilepsie, Depressionen, psychosomatische Erkrankungen)

Tumorerkrankungen? O ja O nein
Falls ja, welche? Mit Bestrahlung/ Chemotherapie/ Bisphosphonattherapie?

Infektionserkrankungen? O ja O nein
(z.B.: HIV/ AIDS, Tuberkulose, Hepatitis, Herpes, Geschlechtskrankheiten)

Suchterkrankungen
Rauchen Sie? O ja O nein
Falls ja, wie viel pro Tag? _____
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? O ja O nein

Nehmen Sie Drogen ein oder haben Sie in der Vergangenheit Drogen eingenommen? O ja O nein
Leiden Sie an Essstörungen? O ja O nein

Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein
Falls ja, welcher Monat? _____

Haben Sie einen Pflegegrad? O ja O nein
Falls ja, welcher Grad? _____

Da immer wieder Termine nicht eingehalten oder sehr kurzfristig abgesagt werden, haben wir uns entschlossen ab dem 01.07.2019, diese **Ausfälle mit 50 Euro pro ausgeplanter Behandlungsstunde in Rechnung zu stellen**. Wir sind eine Bestellpraxis und haben den Termin extra für Sie reserviert. Wenn ein **Termin** nicht wahrgenommen werden kann, bitte bis **spätestens 24 Stunden vorher absagen**.

Natürlich kann es auch von unserer Seite zu Verzögerungen kommen, da wir Schmerzpatienten möglichst noch am gleichen Tag behandeln. Wir bitten dies vorab zu entschuldigen.

Außerdem bitten wir Sie darum, uns **bei Beschwerden zuvor anzurufen**, damit Ihnen je nach Dringlichkeit zeitnah ein Termin vergeben werden kann.

Datum

Unterschrift

aktualisiert

Unterschrift

aktualisiert

Unterschrift

aktualisiert

Unterschrift