

Herzlich Willkommen!



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, diesen Fragebogen - er umfasst nur zwei Seiten - in Ruhe und vollständig auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnehmer (bei Familienmitglied): _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

beihilfeberechtigt

zusätzlich versichert

freiwillig versichert

Zahn-Mund-Situation

Welches Anliegen führt Sie zu uns? _____

Zutreffendes bitte ankreuzen.

ja nein

Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang?

Sind Ihnen Geräusche im Kiefergelenk aufgefallen (z.B. beim Gähnen oder Kauen)?

Leiden Sie an Kopf- oder Nackenschmerzen?

Verspüren Sie einen Metallgeschmack?

Leiden Sie unter schlechtem Atem?

Sind Sie mit der Farbe und der Form Ihrer Zähne - kurz: mit Ihrem Lächeln - zufrieden?

Wünschen Sie nur die Behandlung der derzeitigen Schmerzen?

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?

Wie wichtig ist Ihnen Ihre Zahnästhetik? _____

Verwenden Sie außer der Zahnbürste noch andere Mundpflegemittel?

Wenn ja, welche? _____

Bitte wenden >

Allgemeine Situation



Wünschen Sie eine besondere Beratung?

| | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------|
| Ästhetische Zahnheilkunde | Goldfüllungen | Bleaching | |
| Amalgamsanierung | Keramikfüllungen | Parodontosebehandlung | |
| Kiefergelenksbehandlung | Implantate | Karies- und Parodontoseprophylaxe | Sonstiges |

Zutreffendes bitte ankreuzen.

ja nein

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Auf welche Medikamente oder Stoffe reagieren Sie allergisch? _____

Haben Sie weitere Allergien?

Haben Sie einen Herzschrittmacher, Stent, Herzklappenersatz o. Ä.? _____

Leiden Sie an Herzerkrankungen?

Leiden Sie an zu hohem / zu niedrigem Blutdruck?

Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen? Wenn ja, unter welchen? _____

Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?

Haben Sie eine Augenerkrankung (z. B. grünen oder grauen Star)? _____

Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung? _____

Leiden Sie unter einer Lungenerkrankung (Asthma, COPD etc.)? _____

Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?

Leiden Sie unter Rheuma?

Leiden Sie unter Epilepsie?

Haben Sie eine Nierenerkrankung oder sind Sie dialysepflichtig?

Leiden Sie unter Osteoporose?

Rauchen Sie?

Leiden Sie an Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)? _____

Haben Sie andere, nicht in diesem Bogen erwähnte, Erkrankungen? _____

Möchten Sie an Vorsorgeterminen erinnert werden? Wenn ja, in welcher Form? _____

Frage für Patientinnen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss

Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!

Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)