

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen daher sorgfältig aus. Er dient unserer Vorbereitung auf Ihren Termin und wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Gerne helfen wir Ihnen zu den einzelnen Fragen weiter und danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

1. Persönliche Daten:

Ihr Name: _____	Vorname: _____
Geboren am: _____	Beruf: _____
Straße: _____	PLZ: _____ Ort: _____
Telefon privat: _____	Mobil-Tel: _____
Hausarzt: Name, Anschrift: _____	

Name des Versicherten: _____	Vorname: _____
Geboren am: _____	
Straße: _____	Postleitzahl: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden; wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? Internet Anzeige Empfehlung _____

2. Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Allergien	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche? _____
Anfallsleiden/ Epilepsie	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Atemwegserkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welcher Typ? _____
Glaukom/ erhöhter Augendruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Hämatologische Erkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tragen Sie eine Gelenk-
Herz / Kreislaferkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Prothese, z. B. Hüftgelenk? Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzinsuffizienz	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Infektionskrankheiten ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Koronare Herzkrankheiten/		Immunschwäche/ AIDS ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Angina pectoris	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Leber (Gelbsucht, Hepatitis) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzinfarkt	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Magen-Darm-Erkrankungen ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Nierenerkrankungen ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzschriltmacher	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Osteoporose ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzklappenfehler -ersatz	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Rheumatische Arthritis ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Hypertonie/ Bluthochdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Hypotonie/ niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tumorerkrankungen ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Rauchen Sie?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Schwangerschaft	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wenn ja, welcher Monat? _____
Tragen Sie Zahnersatz?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Wenn Ja:	feststehend <input type="checkbox"/> Implantat(e) <input type="checkbox"/> herausnehmbar <input type="checkbox"/>	

Sonstige Erkrankungen: _____

Regelmäßige Medikamente insb. Zur Blutverdünnung oder für die Knochen (sog. Bisphosphonate): _____

Frühere Operationen: _____

Wir möchten Sie bitten, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mitzuteilen. Mit Ihrer Unterschrift auf der 2. Seite bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

Zudem wird jeder Termin in unserer Praxis einzeln vergeben, daher bitten wir Sie, bei Verhinderung mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.

3. Fragen zu Ihrer Versicherung

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen? ja o nein o

Wenn Sie privat versichert sind: Haben Sie eine Faktorbegrenzung? ja o nein o

Häufig entstehen für zahnärztliche Behandlungen Kosten.
Sind Sie an Ratenzahlungsmöglichkeiten interessiert? ja o nein o

4. Ihre Wünsche für Ihre Behandlungsplanung

In unserer Praxis können wir Ihnen annähernd alle Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde zur Verfügung stellen, daneben ist uns ein gutes menschliches Verhältnis zu Ihnen, lieber Patient, besonders wichtig. Die nachfolgenden Antworten machen es uns leichter Sie individuell zu beraten und zu behandeln.

Was sind die Gründe für Ihren Besuch bei uns?

Was wünschen Sie sich von Ihrer zukünftigen Zahnarztpraxis?

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Dr. Anne Kathrin Kloth, Tibarg 1b, 22459 Hamburg