

Lieber Patient, liebe Patientin,
bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen möglichst genau aus, damit unser Praxisteam Sie optimal und reibungslos betreuen kann.
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname _____
 Anschrift _____
 Krankenkasse _____ Geburtsdatum _____
 Telefon _____ Mobiltelefon _____
 Email _____ Fax _____
 Beruf _____ Arbeitgeber _____

Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern? Post Telefon Email SMS

Gesetzlich versichert: Pflichtversichert Freiwillig versichert Private Zusatzversicherung

Privatversichert Beihilfeberechtigt Mitversichert bei: _____

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Herzerkrankung / Endokarditis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher / künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruck / Blutniederdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Marcumar / Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bluterkrankung / Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung (Hepatitis) / Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	AIDS / HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tumorerkrankung / Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche? Ja Nein _____

Liegen Allergien vor? Ja Nein _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein _____

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Ja Nein _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein _____

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Ja Nein Monat: _____

GRUND IHRES BESUCHS

Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Mundgeruch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Knirschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
und mit dem Aussehen zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Sonstiges _____

BERATUNGSWUNSCH

Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Weißer Zähne (Bleaching)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zahnfarbene Keramikfüllungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Amalgam- Sanierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Implantate / Implantatversorgungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sedierung / Dämmerschlaf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Sonstiges _____

SIE SIND UNS WICHTIG

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sind Sie besonders schmerzempfindlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie einen starken Würgereiz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Wer hat uns empfohlen? _____

Bie gesetzlich Krankenversicherten benötigen wir bei jedem Besuch in der Praxis die Versicherungskarte. Liegt uns die Karte 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, können die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt werden. Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Ansonsten können Ihnen die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Unser Praxisteam ist bemüht, Ihnen eine zahnärztliche Behandlung ohne Wartezeiten sicher zu stellen. Trotzdem kann es durch unvorhergesehene Behandlungen zu Wartezeiten kommen. Wir bitten dies zu entschuldigen.

Ihre Zahnärzte am Königsacker & Praxisteam

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____