



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Arbeit: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern abweichend)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Haben oder hatten Sie jemals:

- Hohen Blutdruck Ja Nein
- Zucker (Diabetes) Ja Nein
- Fallsucht (Epilepsie) Ja Nein
- Gelbsucht (Hepatitis) Ja Nein
- Grünen Star Ja Nein

Versicherungsverhältnis

Gesetzlich versichert freiwillig gesetzlich versichert

Zusatzversicherung
Name der Versicherung: _____

Privatversichert
Name der Versicherung: _____

Basistarif der PKV Beihilfe berechtigt

Wie wichtig ist Ihnen Ihre Zahngesundheit?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
wenig sehr

Wie häufig gehen Sie zum Zahnarzt?

alle 3 Monate alle 6 Monate alle 12 Monate nicht regelmäßig

Wann war die letzte professionelle Zahnreinigung?

vor mehr als 12 Monaten vor weniger als 12 Monaten vor weniger als 6 Monaten

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

- Herz oder Kreislauf Ja Nein
- Lunge Ja Nein
- Blut Ja Nein
- Leber Ja Nein
- Nieren Ja Nein
- Schilddrüse Ja Nein
- Magen-Darm-Trakt Ja Nein
- Gelenken (Rheuma) Ja Nein

- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit? Ja Nein
- Neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein
- Sind Sie HIV positiv? Ja Nein
- Hatten Sie jemals eine Herz-OP? Ja Nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
- Sind Sie Raucher? Ja Nein



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name / Vorname: _____

Sind Sie zurzeit schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Nehmen Sie Antidepressiva? Ja Nein

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

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Ja Nein
Wenn ja, an welchen? _____

- ASS
- Marcumar
- Clopidogrel/Plavix
- Xarelto
- Eliquis
- Pradaxa
- anderes

Waren Sie in den letzten 2 Jahren
im Krankenhaus? Ja Nein
Wenn ja, weshalb? _____

Persönliche Vorgeschichte

Betrachten Sie sich als Angstpatient? Ja Nein

Was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?

Zahnstruktur und Knochen

Reagieren irgendwelche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, beißen, süßes oder vermeiden Sie es, irgendeinen Teil Ihres Mundes zu putzen? Ja Nein

Bleiben Ihnen Speisen zwischen den Zähnen hängen? Ja Nein

Kiefergelenk und Biss

Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? (Knacken, Schmerzen, begrenzte Öffnung) Ja Nein

Haben Sie das Gefühl Ihre Zähne sind kürzer geworden? Ja Nein

Haben Sie fehlende Zähne, die Sie ersetzen möchten? Ja Nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Zahnersatz (falls vorhanden) nicht optimal sitzt oder stört? Ja Nein

Sind Sie daran interessiert, sich über langlebige Lösungen wie Zahnimplantate oder keramische Versorgungen zu informieren? Ja Nein

Ist Ihnen die Biokompatibilität (Körperverträglichkeit) der Materialien wichtig? Ja Nein



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name / Vorname: _____

Ihr Lächeln

Wie zufrieden sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
überhaupt nicht sehr zufrieden

Stört Sie etwas an Ihrem Lächeln? Farbe der Zähne Form
 Zahnlücken Andere Gründe: _____

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnaufhellung? Ja Nein bitte informieren

Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik Ihrer Zähne? Sehr wichtig Wichtig Weniger wichtig

Stellenwert der zahnmedizinischen Behandlung

Wie wichtig ist Ihnen eine langfristige und hochwertige Lösung für Ihre Zahngesundheit, auch wenn dies eine höhere Investition bedeutet?

- Sehr wichtig – ich lege Wert auf Qualität und Langlebigkeit
- Wichtig – ich möchte einen akzeptablen Kompromiss zwischen Preis und Qualität
- Weniger wichtig – ich bevorzuge kostengünstige Lösungen

Haben Sie spezielle Wünsche an uns? Sind Sie an weiteren Beratungen interessiert?

Wären Sie an einer Beratung zu ästhetischen Verbesserungen (z.B. Bleaching, Veneers, Zahnkorrekturen) interessiert? Ja Nein

Wären Sie an hochwertigen Materialien (z.B. Vollkeramik) für ihren Zahnersatz interessiert? Ja Nein

Sonstiges?

Was erwarten Sie von Ihrer zahnärztlichen Behandlung?

- Schmerzlinderung Ästhetische Verbesserung Langfristige Haltbarkeit
- Verbesserte Lebensqualität / besseres Kauvermögen Andere: _____

Welche Kriterien sind Ihnen bei der Wahl Ihres Zahnarztes am wichtigsten?

- Moderne Ausstattung Umfassende Beratung Medizinische / Ästhetische Expertise
- Angenehme Atmosphäre Andere: _____



Anästhesie-Aufklärung

Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer örtlichen Betäubung der vom Zahn oder vom Operationsgebiet wegführenden Nerven (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie). Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe und Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Änderungen

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Daten und Ihres Gesundheitszustandes immer direkt mit.

Ausfallregelung

Wir sind eine Bestellpraxis, um Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu ermöglichen. Für fest reservierte Termine, die ohne Absage (mindestens 24 Stunden vorher) nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr zu berechnen.

VIELEN DANK FÜR IHR VERTRAUEN!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten inklusive Röntgenbilder und Fotografien bei Bedarf an medizinische Kollegen weitergeleitet werden dürfen. Zur Sicherstellung Ihrer Zahngesundheit und um Ihnen Schmerzen und teure Reparaturen zu ersparen, werden wir Sie an Ihre Kontrolltermine erinnern. Sollten Sie dies ausdrücklich nicht wünschen, dann sagen Sie uns bitte Bescheid.

Das Folgende gilt nur für Privatpatienten oder für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung:

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Arzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____