



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Arbeit: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern abweichend)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

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 schätzen Sie den Zustand Ihrer Zähne ein?

sehr gut gut könnte besser sein schlecht sehr schlecht

Wie häufig gehen Sie zum Zahnarzt?

alle 3 Monate alle 6 Monate alle 12 Monate nicht regelmäßig

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

Herz oder Kreislauf	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lunge	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blut	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leber	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nieren	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gelenken (Rheuma)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Haben oder hatten Sie jemals:

Hohen Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zucker (Diabetes)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Fallsucht (Epilepsie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Grünen Star	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Neigen Sie zu Blutungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie HIV positiv?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie jemals eine Herz-OP?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> 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

Bitte teilen Sie uns dies auf jeden Fall mit. Denn wir nehmen Ihre Angst ernst und möchten alles tun, was in unserer Macht steht, damit Sie irgendwann sagen können: „Jetzt bin ich kein Angstpatient mehr und komme gerne in die Praxis!“ Um dies zu erreichen, sind wir sehr darauf angewiesen, dass Sie uns mitteilen, wie für Sie die optimale Behandlung aussehen würde. Bitte schreiben Sie hier lieber zu viel als zu wenig bei der Frage: „Was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?“ Vielen Dank.

Zahnstruktur

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

Zahnfleisch und Knochen

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder wenn Sie Zahnseide verwenden? Ja Nein

Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt? Ja Nein



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name / Vorname: _____

Zahnfleisch und Knochen

Gibt es in Ihrer Familie eine Personen mit einer Vorgeschichte von Parodontitis? Ja Nein

Haben sich Zähne von selbst gelockert, ohne dass Sie eine Verletzung hatten, oder haben Sie Probleme, wenn Sie in einen Apfel beißen? Ja Nein

Kiefergelenk und Biss

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

Haben Sie Probleme beim Kauen von Brötchen, Baguette oder harten Nahrungsmitteln? Ja Nein

Haben sich Ihre Zähne in letzter Zeit verändert? Ja Nein

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

Ihr Lächeln

Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten? Ja Nein

Gefallen Ihnen Ihre Zähne auf Fotos? Ja Nein

Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt? Ja Nein

Haben Sie spezielle Wünsche an uns?

- Prophylaxe/Zahnreinigung
- Zahnfleischbehandlung (Parodontitis)
- Implantate
- Feste Zähne statt Prothese
- Vollkeramik-Kronen/Brücken/Veneers
- Keramik-Inlays
- Zahnaufhellung/Bleaching
- Zahnfarbene Kunststofffüllungen



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 sehr zeitnah mit.

Ausfallregelung

Wir sind eine Bestellpraxis, um Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu ermöglichen. Für fest reservierte Termine, die ohne Absage (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: _____