

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Füllen Sie diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus. Die Angaben sind wichtig für uns, um Ihnen eine optimale Behandlung bieten zu können, Bei Fragen stehen wir Ihnen natürlich gern zur Verfügung.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name _____

Vorname _____ geb. _____

Versicherter/Mitglied:

Name _____

Vorname _____ geb. _____

Anschrift:

PLZ _____ Ort _____

Straße _____

Tel. privat _____ / _____

Tel. Arbeit _____ / _____

Tel. Mobil _____ / _____

Email _____

Beruf _____

Anschrift (falls abweichend):

PLZ _____ Ort _____

Straße _____

Tel. privat _____ / _____

Tel. Arbeit _____ / _____

Tel. Mobil _____ / _____

Email _____

Krankenversicherung:

Gesetzliche Krankenvers. (GKV) _____

Private Krankenvers. (PKV) _____

Beihilfestelle _____

Zusatzversicherung _____

Allgemein medizinische Anamnese:

Waren Sie im Laufe des letzten Jahres in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Name des Arztes _____

Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon einmal Allergien/ ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien? Ja Nein

Wenn ja, worauf? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel? _____

Bluten Sie leicht und lange wenn Sie sich verletzen? (Bluter, Marcumar, o.ä.) Ja Nein

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein

Lebererkrankung (Gelbsucht) Ja Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Asthma, Heuschnupfen Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Rheumatische Erkrankungen Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Lungenerkrankungen (TBC) Ja Nein

HIV/AIDS Ja Nein

Andere Erkrankungen Ja Nein

Welche _____

Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein
unsicher

Bitte wenden ...

Zahnärztliche Anamnese (unter Umständen nur bei Erstkontakt ausfüllen):

Haben Sie Schmerzen an den Zähnen oder am Zahnfleisch?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?	_____
Haben Sie Schmerzen (Druckgefühl, Spannungen) am Kiefergelenk oder im Gesichtsbereich?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tragen Sie Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate, Prothesen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie chronische Kopf-, Hals- oder Nackenbeschwerden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie alt ist dieser?	_____
Haben Sie Probleme mit Zahnfleischbluten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt geröntgt worden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bei welchem Zahnarzt?	_____

Was ist Ihnen wichtig?

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung? Ja Nein

Möchten Sie regelmäßig an Ihre Zahnvorsorge erinnert werden? Ja Nein

Wenn ja, per Email per Post

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? Ja Nein

Sonstige Wünsche und Anregungen _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (u.U. nur bei Erstkontakt ausfüllen)

Internet Bewertungsportal Empfehlung von _____ Sonstiges _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands und ihrer persönlichen Daten umgehend mit.

Im Rahmen der Behandlung erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherterstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend den datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Ein Merkblatt mit Hinweisen zur Datenverarbeitung in unserer Praxis erhalten Sie gern an unserer Anmeldung. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben

Ort, Datum

Unterschrift

Achtung: Nach einer örtlichen Betäubung (Spritze) sind Sie unter Umständen nicht mehr verkehrstüchtig! Setzen Sie sich bitte nicht selbst ans Steuer!

Seien Sie auch als Fußgänger oder Radfahrer vorsichtig!