



Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte lesen Sie sich diesen Gesundheitsfragebogen genau durch und beantworten Sie die Fragen zu Ihrer Gesundheit wahrheitsgemäß, damit wir Ihnen eine individuelle und risikofreie Behandlung ermöglichen können.

Sollte sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas ändern bitte informieren Sie uns bei Ihrem nächsten Besuch. Alle Angaben unterliegen natürlich der Schweigepflicht und werden mit höchster Diskretion behandelt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

Was ist Ihr Hauptanliegen, welches Sie in unserer Ordination geführt hat?

.....

Nachname (Titel) :..... Vorname:

Versicherungsnummer: Geburtsdatum:

Versicherung:..... Versicherter:

(nur ausfüllen, wenn Patient Angehöriger ist)

SV-Nr u. Geb. Datum:.....

Adresse (PLZ/Ort/Straße):.....

Telefonnummer: Handy:

E-Mail:

(wichtig für Terminbestätigung/-erinnerung)

Beruf: Arbeitgeber:

Adresse Arbeitgeber (PLZ/Ort/Straße):

Telefonnr. Arbeit:.....

Wir haben einen Kassenvertrag mit alle Kassen. Private Leistungen, welche mit Auszahlungen verbunden sind, werden immer direkt nach Behandlung verrechnet abgerechnet.



Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Leiden Sie unter: Zahnschmerzen Zahnfleischbluten Zahnarztangst/phobie

Sind schöne und gesunde Zähne wichtig für Sie? Ja Nein

Wenn ja, ...

... sind Sie, mit dem Zustand/Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

... wünschen Sie eine Beratung über Bleaching/Aufhellung der Zähne? Ja Nein

... möchten Sie amalgamfrei versorgt werden? Ja Nein

Zum Allgemeinbefinden:

1. Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

2. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

3. Leiden Sie an:

Herz-Kreislaufkrankungen? Ja Nein

Knochenerkrankung? Ja Nein

Gerinnungsstörungen? Ja Nein

Diabetes? Ja Nein

andere Erkrankungen:.....

4. Gab es Komplikationen bei zahnärztlichen Eingriffen? Ja Nein

Wenn ja, welche:.....

5. Für Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Bei **versäumten Terminen** bzw. nicht **mind. 24std vorher** abgesagten Terminen, haben wir keine Gelegenheit, die bereits fest reservierten Zeiten erneut zu vergeben. Daher bitten wir sie ausdrücklich, Termine die nicht wahrgenommen werden können rechtzeitig - mind. 24std vorab - abzusagen. Leider sind wir andernfalls gezwungen Ihnen die ausgefallenen Behandlungszeiten in Rechnung zu stellen.

Datum:

Unterschrift: