



dentalesthetics

zahnärzte dres.szostak · die prophylaxepraxis

Zahnärzte Dres. Szostak | Castroper Straße 387 | 44627 Herne | ☎ 0 23 23 / 39 300 | 📞 0 23 23 / 38 44 82 | ✉ info@dr-szostak.de | 🌐 www.dr-szostak.de

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

PATIENT

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

ANSCHRIFT

Straße, Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon Privat _____

Telefon Arbeit _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

Arbeitgeber _____

Beruf _____

VERSICHERTER

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

ANSCHRIFT

Straße, Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

ZAHNARZT VORGESCHICHTE

In welcher Praxis wurden Sie zuvor behandelt?

Zahnarzt _____

Stadt _____

WIE SIND SIE VERSICHERT?

PRIVAT

Privat versichert

Name der Versicherung _____

Basistarif der PKV

Beihilfe berechtigt

GESETZLICH

Pflichtversichert

Freiwillig versichert

Härtefall/Befreiung

Name der Krankenkasse _____

Zusatzversicherung

Name der Zusatzversicherung _____

FÜR PRIVAT- UND ZUSATZVERSICHERTE PATIENTEN

Haben Sie eine Selbstbeteiligung? Wenn ja, wie hoch? ja _____ nein

Haben Sie ein max. Erstattungsbudget pro Jahr? Wenn ja, wie hoch? ja _____ nein

Bitte genau erläutern, damit wir dies bei einer bevorstehenden Behandlung berücksichtigen können.

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Internet / Google jameda Zeitung Sonstiges _____

Versicherung / Krankenkasse Empfehlung (bitte Namen angeben) _____

WÜNSCHE ZU BENACHRICHTIGUNGEN

Wünschen Sie eine Benachrichtigung für anstehende Termine in unserer Praxis? ja nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per eMail, Karte oder SMS benachrichtigen? ja nein

Liebe Patienten,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisaufnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift auf der letzten Seite. Vielen Dank!

ANGABEN ZUR ZAHNGESUNDHEIT

Was führt Sie zu uns?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, welche, wo genau und seit wann?

ja nein

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch?

Gab es schon einmal eine außergewöhnliche Reaktion nach einer Betäubung? Welche?

ja nein

Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch?

ja nein

Blutung

Rückgang

Brennen

Beobachten Sie Zahnlockerungen und/oder Überempfindlichkeiten?

ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontosebehandlung durchgeführt? Wann? _____

ja nein

Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei...

ja nein

der Mundöffnung

beim Kauen

der Unterkieferbewegung

Haben Sie schon einmal bemerkt, dass Sie die Zähne stark aufeinander pressen oder mit den Zähnen knirschen? Hatten Sie schon einmal eine Knirscherschiene?

ja nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?

Farbe

Form

Stellung

ja nein

Was hätten Sie gerne an Ihren Zähne verändert?

ICH WÜNSCHE EINE BERATUNG ZU FOLGENDEN THEMEN

Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe) <input type="checkbox"/>	Keramik-Verblendschalen (Veneers) <input type="checkbox"/>
Zahnfleischbehandlung (Parodontose) <input type="checkbox"/>	Zahnaufhellung/Bleaching <input type="checkbox"/>
Metallfreie Zahnversorgung <input type="checkbox"/>	Amalgamsanierung und Alternativen <input type="checkbox"/>
Zahnersatz <input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Kunststofffüllungen <input type="checkbox"/>
Lückenschluss mit Zahnimplantat & Krone <input type="checkbox"/>	Karies- und Parodontosevorbeugung <input type="checkbox"/>
Feste Zähne statt Totalprothese <input type="checkbox"/>	Prothesenreinigung <input type="checkbox"/>
Keramikinlays <input type="checkbox"/>	Laser-Behandlung <input type="checkbox"/>
Vollkeramik-Kronen & Brücken <input type="checkbox"/>	„The Wand“ (Der Zauberstab) Die schmerzfreie Betäubung <input type="checkbox"/>

BETRACHTEN SIE SICH ALS ANGSTPATIENT?

ja nein

Bitte teilen Sie uns dies auf jeden Fall mit. Denn wir nehmen Sie 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.

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte **Ihren Allergie-Pass/Ihre Medikamentenliste** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit Medikamente einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein.

ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem Arzt?

Hausarzt _____ Telefonnummer _____ in _____

Facharzt _____ Telefonnummer _____ in _____

Um welche Erkrankung handelt es sich? _____

Nehmen Sie momentan oder regelmäßig Medikamente zu sich? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Marcumar Herz-ASS in der Stärke _____ Sonstige _____

Aufgrund welcher Erkrankung nehmen Sie diese Medikamente ein?

Nehmen Sie Medikamente aufgrund einer Krebserkrankung oder Osteoporose ein? (Stichwort: Bisphosphonate)

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?

Allergien? _____ ja nein

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Herz-Kreislaufkrankungen ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung? _____

Endocarditis Herzklappenersatz Herz-Operationen Herz-Schrittmacher Herzinfarkt

Herz-Operationen im Jahr _____ Herzpass vorhanden?

Hoher Blutdruck Werte _____ / _____ Niedriger Blutdruck Werte _____ / _____

ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

ja nein

Diabetes (Zucker) Typ _____

Lebererkrankungen

Magen-Darmerkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Erkrankungen des Nervensystems

ja nein

Epilepsie

Krämpfe

Psychische Erkrankungen

Infektionskrankheiten

ja nein

Hepatitis A/B/C _____

Tuberkulose

HIV/Aids

Augenerkrankung

ja nein

Grüner Star / Glaukom

Sonstige _____

Tumorerkrankung

ja nein

Lungenerkrankungen

ja nein

Asthma/Atemnot

Sonstige _____

Kopf- und Nackenschmerzen

ja nein

Sonstige andere Erkrankungen?

ja nein

SONSTIGES

Haben Sie ein Bonusheft? Wenn ja, bitte mitbringen.

ja nein

Möchten Sie, dass wir Ihnen ein Bonusheft ausstellen?

ja nein

Benötigen Sie einen Röntgenpass?

ja nein

Gibt es Röntgenbilder, die unter 2 Jahre alt sind?

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Wie viel pro Tag? _____

Sind Sie schwanger?

ja nein

Falls ja, welcher Monat? _____

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, Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Daten und Ihres Gesundheitszustandes sehr zeitnah mit. 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! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____