



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 _____

ZAHNARZT VORGESCHICHTE

In welcher Praxis wurden Sie zuvor behandelt?

Zahnarzt _____

Stadt _____

VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

- Gesetzlich versichert
 Freiwillig gesetzlich versichert
Name der Krankenkasse: _____

- Zusatzversicherung
Name der Versicherung: _____

- Privat versichert
Name der Versicherung: _____

- Basistarif der PKV
 Beihilfe berechtigt

FÜR PRIVAT- UND ZUSATZVERSICHERTE

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?

- Google jameda Zeitung

- Sonstiges _____

- Versicherung/Krankenkasse

- Empfehlung (bitte Namen angeben)

Aus medizinischer Sicht sind zwei Kontrolluntersuchungen der Zähne pro Jahr sinnvoll.

WIE MÖCHTEN SIE GERNE AN IHRE TERMINE UND KONTROLLUNTERSUCHUNGEN ERINNERT WERDEN?

- Telefon SMS Post gar nicht
 Ich möchte ausdrücklich nicht mehr als einmal pro Jahr an Kontrolluntersuchungen erinnert werden.

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 Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift auf der letzten Seite. Vielen Dank!

ANGABEN ZUR MUNDGESUNDHEITSSITUATION

- 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? Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Haben Sie Zahnfleischprobleme (z. B. Zahnfleischbluten, Zahnfleischrückgang etc.)? _____ ja nein
- Beobachten Sie Zahnlockerungen und/oder Überempfindlichkeiten? _____ ja nein
- Wurde bei Ihnen schon einmal eine "Professionelle Zahnreinigung" durchgeführt? _____ ja nein
- Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontosebehandlung durchgeführt? Wann? _____ ja nein
- Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung und/oder beim Kauen? _____ ja nein
- Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? _____ ja nein
- Haben / Hatten Sie schon einmal eine Knirscherschiene? _____ ja nein
- Sind Sie mit der Stellung, Farbe und/oder Form Ihrer Zähne unzufrieden? _____ ja nein
- Was hätten Sie gerne an Ihren Zähne verändert? _____

HABEN SIE SPEZIELLE WÜNSCHE AN UNS?

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe) | <input type="checkbox"/> | Vollkeramik-Kronen & Brücken / Veneers | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbehandlung (Parodontose) | <input type="checkbox"/> | Zahnaufhellung/Bleaching | <input type="checkbox"/> |
| Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | Amalgamsanierung und Alternativen | <input type="checkbox"/> |
| Implantate | <input type="checkbox"/> | Zahnfarbene Kunststofffüllungen | <input type="checkbox"/> |
| Feste Zähne statt Totalprothese | <input type="checkbox"/> | Laser-Behandlung | <input type="checkbox"/> |
| Keramikinlays | <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.

ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSSITUATION

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

Hausarzt _____ Telefon _____ in _____

Facharzt _____ Telefon _____ in _____

Um welche Erkrankung handelt es sich? _____

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

(falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihre **Medikamentenliste** mit)

ja nein

Spezielle Medikamente:

Anti-Depressiva Blutverdünnende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin etc.) Bisphosphonate

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?

ja nein

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? (falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergiepass** mit)

ja nein

Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Wenn ja, welche?

(falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Herzpass** mit)

ja nein

Endocarditis Herzklappenersatz Herz-Operationen
 Herz-Schrittmacher Herzinfarkt

Hoher Blutdruck (Werte) _____ / _____

Niedriger Blutdruck (Werte) _____ / _____

ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSSITUATION

Lebererkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes (Zucker) Wenn ja, welcher Typ? <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Infektiöse Erkrankungen (z. B. Tuberkulose, HIV/Aids, Hepatits A, B, C)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Grüner Star / Glaukom	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma / Atemnot	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kopf- und Nackenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstige andere Erkrankungen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

SONSTIGES

Haben Sie ein Bonusheft? Wenn ja, bitte mitbringen.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Möchten Sie, dass wir Ihnen ein Bonusheft ausstellen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Benötigen Sie einen Röntgenpass?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Röntgenbilder, die unter 2 Jahre alt sind?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Falls ja, welcher Monat: _____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

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 kennenzulernen.

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.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____