

FÜR DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG



Patient: Name, Vorname		geb.	Telefon privat
Adresse		Telefon mobil	
Arbeitgeber/Beruf		Telefon dienstlich	
Krankenkasse	Name Hausarzt	Telefon Hausarzt	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

	ja	nein		ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden oder litten Sie an Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris,...)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufkrankung (hoher/niedriger Blutdruck, Schlaganfall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutkrankheit, Blutungsneigung? (Gerinnungsstörung, Blutarmut) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon mal Reaktionen auf Spritzen beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien (Asthma, Heuschnupfen, Latex)? Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselstörung (Diabetes, Rheuma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spritzen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopf-Nacken-Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch schnell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Hepatitis-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden/ Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tragen Sie eine Endo-Prothese (Hüfte, Knie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ist eine Antibiotika-Prophylaxe notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennen Sie schon unser RECALL-System?

Mit unserem „RECALL“ oder Patienten-Erinnerungsdienst erinnern wir Sie auf Ihren Wunsch an den fälligen Zahnarzttermin. Somit müssen Sie nicht selbst an den nächsten Vorsorgetermin denken, sondern werden, in individuell auf Sie und „Ihre Zähne“ abgestimmten Zeitabständen, von uns daran erinnert. Dadurch bleibt Ihnen auch der höchstmögliche Zuschuss Ihrer Krankenkasse zu prothetischen Arbeiten erhalten.

Ja, ich bin interessiert.

Nein, ich bin nicht interessiert

Bitte beachten Sie, dass durch Injektionen (örtliche Betäubung) Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt ist.

Falls sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas geändert haben sollte, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Um einen reibungslosen Ablauf und damit auch möglichst kurze Wartezeiten zu gewährleisten, bitten wir Sie, die Termine pünktlich einzuhalten oder uns ggf. eine Verhinderung rechtzeitig mitzuteilen.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!
Ihr Praxisteam

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift