

HERZLICH WILLKOMMEN!

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus: Wir benötigen Ihre Angaben, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Therapieverfahren optimal auswählen zu können. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Frank

Für schöne und gesunde Zähne



Nachname, Vorname (Patientin/Patient)

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse (Straße, Hausnummer)

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf / Arbeitgeber

Haben Sie eine Pflegestufe? ja, Stufe: _____ nein

Name der Krankenkasse / Versicherung

pflichtversichert: ja nein beihilfeberechtigt: ja nein

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, mit wem sind Sie versichert? Bitte Vor- / Nachname, Geburtsdatum und Telefon angeben.

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND MÖGLICHT GENAU! (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

Herz-/Kreislaufkrankungen:

- | | | | |
|---------------------|---|---------------------------|---|
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ▶ Aktueller HbA1c-Wert: _____ |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Endokarditis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzoperation | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Osteoporoseerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | Rheuma/Arthritis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Falls ja, welche?

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Schmerzmittel ja nein
Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein

Gelenkersatz

- Knie ja nein
Hüfte ja nein
Schulter ja nein

Andere:

Sonstige Allergien/Unverträglichkeiten:

Sonstige:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat.

Rauchen Sie (auch E-Zigaretten, Shisha, etc.)? ja nein

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ja nein Wenn ja, wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Über welche Leistung möchten Sie beraten werden?

Künstliche Zähne (Implantate)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ästhetische schöne Zähne (z. B. Bleaching, Zahnnumstellungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entstehung von Karies und Zahnfleischerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandlung mit Lachgas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnfarbene Füllungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandlung bei Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ihr Hauptanliegen beim Zahnarzt?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet / Google
 Telefonbuch
 Empfehlung durch: _____
 Sonstiges

Möchten Sie in regelmäßigen Abständen an eine Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (Recall)?

Wenn ja, in welchen Abständen? 3 Monate 6 Monate 12 Monate

Erinnerung per: Telefon E-Mail Postkarte

ICH BESTÄTIGE, VORSTEHENDE ANGABEN NACH BESTEM WISSEN UND GEWISSEN GEMACHT ZU HABEN.

Datum

Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtiger