



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

PATIENTENDATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon privat

Telefon Arbeit

Telefon mobil

E-Mail

Arbeitgeber

Beruf

VERSICHERTENDATEN (sofern abweichend)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon

VERSICHERTENVERHÄLTNISS

Gesetzlich versichert

Freiwillig gesetzlich versichert

Zusatzversicherung
Name der Versicherung: _____

Privat versichert
Name der Versicherung: _____

Basistarif der PKV

beihilfeberechtigt

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Google jameda, sanego, etc

Facebook Zeitung

Empfehlung : _____

Sonstiges : _____

WIE WICHTIG IST IHNEN IHRE ZAHNGESUNDHEIT?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

WIE SCHÄTZEN SIE DEN ZUSTAND IHRER ZÄHNE EIN?

sehr gut gut könnte besser sein schlecht sehr schlecht

SIE BESUCHEN IHREN ZAHNARZT ALLE ...

3 Monate 6 Monate 12 Monate unregelmäßig

WANN WAR IHRE LETZTE BEHANDLUNG? (außer Prophylaxe)

AKTUELL

Aus welchem Grund sind Sie heute hier?

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

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? ja nein

ALLGEMEIN

Was möchten Sie mit dem Besuch in unserer Praxis erreichen?

Was ist Ihnen wichtig, wenn Sie an Ihre Zähne denken?

ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSSITUATION

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

Hausarzt _____ Telefon _____ in _____

Facharzt _____ Telefon _____ in _____

Um welche Erkrankung handelt es sich? _____

Wo waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? _____

Aus welchem Grund möchten Sie wechseln? _____

HABEN ODER HATTEN SIE JEMALS ERKRANKUNGEN AN:

Herz oder Kreislauf ja nein

Lunge ja nein

Blut ja nein

Leber ja nein

Nieren ja nein

Schilddrüse ja nein

Magen-Darm-Trakt ja nein

Gelenken (Rheuma) ja nein

HABEN ODER HATTEN SIE JEMALS?

Hohen / niedrigen Blutdruck ja nein

Diabetes (Zuckererkrankung) ja nein

Epilepsie (Fallsucht) ja nein

Hepatitis (Gelbsucht) ja nein

Grünen Star ja nein

Neigen Sie zu Blutungen? ja nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Hatten Sie jemals eine Herz-OP? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie zur Zeit schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? (Ggf. Medikamentenliste)

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

ASS Marcumar Clopidogrel/Plavix

Xarelto Eliquis Pradaxa

anderes : _____

Nehmen Sie Antidepressiva? ja nein

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, an welchen?

Waren Sie in den letzten zwei Jahren ja nein

im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

PERSÖNLICHE VORGESCHICHTE

Betrachten Sie sich als Angstpatient?

ja nein

Bitte teilen Sie uns dies auf jeden Fall mit. Denn wir nehmen Ihre Angst 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), damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen können. Vielen Dank.

Gab es in der Vergangenheit Komplikationen bei einer Zahnbehandlung?

ja nein

Hatten Sie jemals eine Zahnspange, eine kieferorthopädische Behandlung oder wurde Ihr Biss korrigiert?

ja nein

ZAHNSTRUKTUR

Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies?

ja nein

Reagieren irgendwelche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, Süßes, beim Kauen oder vermeiden Sie es, irgendeinen Teil Ihres Mundes zu putzen?

ja nein

Setzen sich Speisereste zwischen Ihren Zähnen fest?

ja nein

ZAHNFLEISCH UND KNOCHEN

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder wenn Sie Zahnseide verwenden?

ja nein

Sind Sie wegen Parodontitis behandelt worden oder hat man von Knochenschwund um die Zähne gesprochen?

ja nein

Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt?

ja nein

Gibt es in Ihrer Familie eine Person mit einer Vorgeschichte von Parodontitis?

ja nein

Ist bei Ihnen jemals das Zahnfleisch zurückgegangen?

ja nein

Haben sich Zähne von selbst gelockert, ohne dass Sie eine Verletzung hatten, oder haben Sie Probleme, wenn Sie zB. in einen Apfel beißen?

ja nein

KIEFERGELENK UND BISS

Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? (Knacken, Schmerzen, begrenzte Öffnung)

ja nein

Haben Sie Probleme beim Kauen von Brötchen, Baguette oder harten Nahrungsmitteln?

ja nein

Haben sich Ihre Zähne in der letzten Zeit verändert?

ja nein

Haben Sie das Gefühl, Ihre Zähne sind kürzer geworden?

ja nein

Tragen Sie eine Knirscher-Schiene oder haben Sie jemals eine getragen?

ja nein

IHR LÄCHELN

Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten?

ja nein

Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellert?

ja nein

Gefallen Ihnen Ihre Zähne auf Fotos?

ja nein

Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt?

ja nein

HABEN SIE SPEZIELLE WÜNSCHE AN UNS?

Mundgesundheitsvorsorge	<input type="checkbox"/>	Vollkeramik-Kronen/Brücken/Veneers	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbehandlung (Parodontitis)	<input type="checkbox"/>	Keramik-Inlays	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	Zahnaufhellung/Bleaching	<input type="checkbox"/>
Feste Zähne statt Prothese	<input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Kunststofffüllungen	<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 reservierte Termine, die ohne Abgabe (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. Zur Sicherstellung Ihrer Zahngesundheit und um Ihnen Schmerzen und teure Reparaturen zu ersparen, werden wir Sie an Ihre Kontrolltermine erinnern. Sollten Sie dies nicht wünschen, dann sagen Sie uns bitte Bescheid.

Das Folgende gilt nur für Privatpatienten oder für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Arzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Ort, Datum

Unterschrift