

Zahnärztlicher Fragebogen



LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

bevor wir uns in Ruhe um Ihre Wünsche kümmern, benötigen wir nachfolgende Angaben von Ihnen:

Dres. Zimmermann

ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS IN WUPPERTAL

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben

PERSÖNLICHES

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Mobil: _____ Festnetz: - _____

E-Mail in GROßBUCHSTABEN: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

freiwillig versichert zusatzversichert beihilfeberechtigt

FALLS SIE FAMILIENVERSICHERT SIND, ÜBER WEN SIND SIE VERSICHERT?

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

WER IST IHR HAUSARZT?

Name: _____ Ort: _____

WELCHES BESONDERE ANLIEGEN FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

Vorsorge / Prophylaxe Beratung Therapieplanung / Zahnersatz Schmerzen

Sonstiges: _____

Ich wünsche regelmäßige Prophylaxe, um Zähne und Zahnfleisch gesund zu erhalten.

Ich möchte die Ästhetik meiner Zähne verbessern.

ZAHN-MUND-SITUATION

	Ja	Nein		Ja	Nein
Zahnfleischbluten /-rückgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundgeruch / Schlechter Geschmack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate		
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BITTE WENDEN

ALLGEMEINE SITUATION

	Ja	Nein		Ja	Nein
Allergien (z.B. Penicillin, Latex)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____			Schwangerschaftswoche: _____		
Herzerkrankung /-operation			Stillzeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(z.B. Herzschrittmacher /-infarkt / Bypass / Stent)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Komplikationen nach Lokalanästhesie		
Wenn ja, welche? _____			(z.B. Ohnmacht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotikaphylaxe nötig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Regelmäßige Medikamente (auch z.B. Spritzen / Augentropfen)		
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ich habe eine Medikamentenliste mitgebracht.		
HbA1c-Wert: _____			<input type="radio"/> Bisphosphonate / Denosumab gegen Osteoporose		
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	oder Krebsleiden (z.B. Alendronat, Prolia, Fosamax,		
Eingeschränkte Nieren-/ Leberfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zometa, Aclasta, Bonviva)		
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Gerinnungshemmer (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto,		
Glaukom / Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eliquis, Pradaxa, Plavix, Clopidogrel, Heparin)		
Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Blutdruckmedikamente <input type="radio"/> Psychopharmaka		
Immunschwäche (z.B. nach Transplantation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> andere: _____		
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA / HIV / Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Wenn ja, welche? _____			_____		
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Krebsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Andere Krankheiten / Behinderungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____			Erhalten Sie Eingliederungshilfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- von Bekannten empfohlen Telefon-/ Branchenbuch (Gelbe Seiten)
- Internet, über die Seite: _____ Sonstiges: _____

ZU IHRER INFORMATION

- Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine, die von Ihrer Seite aus nicht eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten erlaubt uns die Rechtslage, Ihnen die für Sie vorgesehene ungenutzte Zeit privat in Rechnung zu stellen.
 - Wird eine fehlende Krankenversichertenkarte nicht umgehend nachgereicht, sind wir verpflichtet, die erfolgte Behandlung privat zu berechnen.
 - Bei einer Lokalanästhesie kann es in Ausnahmefällen zu einem Hämatom, einer Kieferklemme oder einer Beeinträchtigung des Zungen- bzw. Unterkiefernerve kommen. Darüber bin ich ausführlich in der beigelegten Anästhesieaufklärung informiert worden.
 - Bei einer örtlichen Betäubung kann die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein.
- Ich versichere, dass ich meine Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.

DATUM

UNTERSCHRIFT

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen.
Anregungen, Lob und Kritik sind bei uns jederzeit herzlich willkommen!

Stand 16.09.2022