

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: _____

Anschrift: _____

Festnetz / Mobil: _____ Geburtsdatum: _____

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.

DAMIT WIR UNS IN DER BEHANDLUNG BESTMÖGLICH NACH IHREN WÜNSCHEN RICHTEN KÖNNEN, BITTEN WIR UM BEANTWORTUNG FOLGENDER FRAGEN:

					
Ich finde den Allgemeinzustand meiner Zähne...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde die Stellung meiner Zähne...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde die Form meiner Zähne...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde die Farbe meiner Zähne...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde meinen Zahnersatz ... (falls vorhanden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BITTE WENDEN

ALLGEMEINE SITUATION

	Ja	Nein
Allergien (z.B. Penicillin, Latex)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Herzerkrankung /-operation (z.B. Herzschrittmacher /-infarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Antibiotikaphylaxe nötig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eingeschränkte Nieren-/ Leberfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaukom / Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Immunschwäche (z.B. nach Transplantation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
Wenn ja, welche? _____		
Schwangerschaft / Stillzeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komplikationen nach Lokalanästhesie (z.B. Ohnmacht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welchen: _____		
Erhalten Sie Eingliederungshilfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßige Medikamente (auch z.B. Spritzen / Augentropfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ich habe eine Medikamentenliste mitgebracht.		
<input type="radio"/> Bisphosphonate / Denosumab gegen Osteoporose oder Krebsleiden (z.B. Alendronat, Prolia)		
<input type="radio"/> Gerinnungshemmer (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto)		
<input type="radio"/> Blutdruckmedikamente <input type="radio"/> Psychopharmaka		
<input type="radio"/> andere: _____		

ZAHN-MUND-SITUATION

	Ja	Nein
Zahnfleischbluten /-rückgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundgeruch / Schlechter Geschmack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brennen / Schmerzen am Zahnfleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen am Kopf / Nacken / Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Aufbissschiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, ungefähres Alter: _____		

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

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

HINWEISE ZUR ORGANISATION

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 rechtzeitig (möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Das gibt uns die Chance, diese Zeiten anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

- Ich habe die separate Seite zur Anästhesieaufklärung erhalten, vollständig gelesen und verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- 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. Februar 2020