

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Richtigkeit und Genauigkeit der folgenden Angaben sind entscheidend für den Erfolg Ihrer Behandlung und zur Verkürzung Ihrer Wartezeit. Bitte nehmen Sie sich daher etwas Zeit, um den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Mühe.

<hr/> Vorname	<hr/> Nachname	<hr/> Geb. am
<hr/> Straße	<hr/> PLZ	<hr/> Ort
<hr/> Telefon, privat	<hr/> Telefon, geschäftlich	<hr/> Fax
<hr/> E-Mail	<hr/> Beruf	<hr/> Beschäftigt bei
<hr/> Versicherte/r		<hr/> Geb. am
<hr/> Krankenkasse	Gesetzlich versichert ja nein	Freiwillig versichert ja nein
	Privat versichert ja nein	Privat versichert (Basis) ja nein
	Beihilfeberechtigt ja nein	

Empfohlen oder überwiesen durch _____

Wann wurde die letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kiefer-Bereich vorgenommen? _____

Schwangerschaft? ja nein Monat _____

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beachten Sie, dass Ihre Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bitte achten Sie auch darauf, uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, die während Ihrer Behandlung oder zwischen Ihren Besuchen bei uns unter Umständen auftreten, umgehend mitzuteilen!

1 Risikobefund

1.1 Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Herpes, HIV, Hepatitis B/C) _____

1.2 Hormonelle Erkrankungen (z. B. Schilddrüse, Diabetes) _____

1.3 Chronische Erkrankungen (z. B. Gicht, Multiple Sklerose, Alzheimer, Krebs) _____

1.4 Allergien (z. B. gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle) _____

1.5 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bypass, Herzschrittmacher, Bluthochdruck) _____

1.6 Haben Sie eine Arzneimittelüberempfindlichkeit? ja nein

Wenn ja, gegen welche Mittel? _____

2 Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

2.1 Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

2.2 Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

2.3 Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

2.4 Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

2.5 Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

2.6 Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja nein

Name _____

3 Wünschen Sie eine Beratung über

- 3.1 Implantate? ja nein
3.2 Ästhetische Zahnheilkunde? ja nein
3.3 Parodontalbehandlungen? ja nein
3.4 Prophylaxe? ja nein

4 Zahnmedizinische Angaben

- 4.1 Welches Hauptanliegen führt Sie in unsere Praxis? _____
4.2 Worauf legen Sie im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung besonderen Wert? _____
4.3 Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung und was wurde gemacht? _____
4.4 Legen Sie Wert auf schöne Zähne und gesundes Zahnfleisch? ja nein
4.5 Haben Sie gelegentlich Beschwerden beim Kauen? ja nein
4.6 Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Wenn ja, auf welcher Seite? ja nein _____
4.7 Haben Sie manchmal Schmerzen vor dem, hinter dem oder im Ohr? ja nein
4.8 Leiden Sie morgens, mittags oder abends an Kopfschmerzen? ja nein
4.9 Haben Sie den Eindruck, dass Sie mit den Zähnen knirschen oder pressen? ja nein
4.10 Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund? ja nein
4.11 Passen beim Zusammenbeißen die Zähne aufeinander? ja nein
4.12 Nehmen Sie Medikamente gegen die angeführten Zustände? ja nein
Wenn ja, welche? _____
4.13 Hatten Sie jemals eine Klammer? ja nein
4.14 Haben oder hatten Sie jemals eine Knirscherschiene? ja nein

5 Allgemeinmedizinische Angaben

- 5.1 Erkrankungen der inneren Organe (z. B. Leber, Milz, Magen, Nieren, Unterleib) _____
5.2 Erkrankungen des Halteapparates (z. B. Gelenke, Muskeln, Sehnen) _____
5.3 Belastetes Immunsystem (z. B. Asthma, Heuschnupfen, Hautveränderungen) _____
5.4 Psychische Probleme (ggf. auch Therapie) _____
5.5 Spezielle Probleme oder sonstige Krankheiten _____
5.6 Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____
5.7 Hatten Sie jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken nach einem Unfall? ja nein
5.8 Leiden Sie unter Verkrampfung oder Ziehen im Kopf, Nacken oder Hals? ja nein

Name

6 Allgemeine Angaben

6.1 Treiben Sie Sport? ja nein

6.2 Gibt es Besonderheiten in Ihrer Ernährung oder halten Sie eine spezielle Diät ein? ja nein

6.3 Fühlen Sie sich morgens ausgeschlafen? ja nein

6.4 Wie viele dieser Produkte konsumieren Sie pro Tag:

Kaffee _____ Alkohol _____ Zigaretten _____ Süßigkeiten _____

6.5 Sind oder waren Sie in naturheilkundlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

6.6 Haben Sie Interesse an naturheilkundlicher Behandlung? ja nein

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Sie haben die Möglichkeit, kostenfrei an unserem Erinnerungs-/ (Recall-) und Infosystem teilzunehmen.

Ja, ich bitte die Zahnärztliche Praxis Patrick Busch, mich an Kontroll- und Prophylaxe-Termine zu erinnern und mich in unregelmäßigen Abständen über neue Behandlungskonzepte, neue zahnärztliche Verfahren sowie andere zahnärztliche Behandlungsmethoden zu unterrichten (nicht mehr als viermal jährlich).

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten