

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

VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

- Gesetzlich versichert
 Freiwillig gesetzlich versichert

- Zusatzversicherung
 Name der Versicherung: _____

- Privat versichert
 Name der Versicherung: _____

- Basistarif der PKV
 Beihilfe berechtigt

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Google
 Facebook
 Instagram

- Empfehlung
 Name des Empfehlenden: _____

- Sonstiges: _____

WIE WICHTIG IST IHNEN IHRE ZAHNGESUNDHEIT?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 wenig 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 nicht regelmäßig

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? _____

Wer war Ihr letzter Zahnarzt? _____

Warum haben Sie Ihren letzten Zahnarzt verlassen? _____

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 Blutdruck ja nein

Zucker (Diabetes) ja nein

Fallsucht (Epilepsie) ja nein

Gelbsucht (Hepatitis) 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 zurzeit schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

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 2 Jahren

ja nein

im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

PERSÖNLICHE VORGESCHICHTE

- Hatten Sie eine negative Erfahrung beim Zahnarzt? ja nein
- Gab es in der Vergangenheit Komplikationen bei einer Zahnbehandlung? ja nein
- Hatten Sie jemals eine Zahnsperre, eine Kieferorthopädische Behandlung oder wurde Ihr Biss korrigiert? ja nein
- 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.

Hier können Sie uns etwas zu Ihrer Vorgeschichte und Ihren Wünschen an uns mitteilen:

ZAHNSTRUKTUR

- Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies? ja nein
- Reagieren irgendwelche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, beißen, Süßes oder vermeiden Sie es, irgendeinen Teil Ihres Mundes zu putzen? ja nein
- Bleiben Ihnen Speisen zwischen den Zähnen hängen? ja nein

ZAHNFLEISCH UND KNOCHEN

- Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder wenn Sie Zahnseide verwenden? ja nein
- Sind Sie je 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 Personen 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 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 letzter 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"/>	Zahnaufhellung/Bleaching	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Kunststofffüllungen	<input type="checkbox"/>
Feste Zähne statt Prothese	<input type="checkbox"/>	unsichtbare Zahnkorrektur mit Invisalign	<input type="checkbox"/>
Keramik-Inlays	<input type="checkbox"/>	Behandlung mit Lachgas	<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 fest reservierte Termine, die ohne Absage (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 ausdrücklich 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