

Gemeinschaftspraxis
 Arnd Kramer
 Torsten Kleinen
 Zahnärzte
 Steeler Straße 586
 45276 Essen

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.
 Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt.
 Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Ihrem Gesundheitszustand entsprechende optimale Therapie zu finden.
 Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern.
 Vielen Dank!

Patient/in: Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------------------	---------	--------------

Versicherte/r: Name	Vorname	Geburtsdatum
----------------------------	---------	--------------

PLZ, Wohnort	Straße	Telefon privat
--------------	--------	----------------

Arbeitgeber	Beruf	Telefon dienstlich
-------------	-------	--------------------

Krankenkasse	Zusatzversicherung	
<input type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> freiwillig versichert	<input type="radio"/> Zusatzversichert
<input type="radio"/> privat versichert	<input type="radio"/> beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> Standard- oder Basistarif

E-Mail-Adresse	Mobiltelefon
Welchen Bonusanspruch haben Sie?	_____ %

Angaben zu Ihrer Gesundheit	Ja	Nein	Erläuterung
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben Sie Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben Sie Geräusche im Bereich des Kiefers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben Sie einen Metallgeschmack im Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?			
- Allergie oder Medikamentenunverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie regelmäßig hiergegen Medikamente?			
- Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> Typ I <input type="radio"/> Typ II ("Altersdiabetes")			
- Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschrittmacher etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis/Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Andere Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wurden Sie in den vergangenen Jahren operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Ihre Wünsche und Bedürfnisse

- Sind Sie zufrieden mit der Farbe/Form Ihrer Zähne? ja nein
- Empfinden Sie Angst/Unwohlsein vor der Behandlung? ja nein
- Sind Sie an der Aufnahme in unser Recall-System interessiert?
(Sichern Sie Ihren Bonusanspruch) ja nein
- Haben Sie Interesse an einer Prophylaxe/Zahnreinigung? ja nein
 ich hätte gern mehr Informationen
- Besteht Interesse an hochwertigen zahncfarbenen Füllungen? ja nein
 ich hätte gern mehr Informationen
- Wünschen Sie eine Amalgamsanierung? ja nein
 ich hätte gern mehr Informationen
- Haben Sie Interesse an einer Implantat-Versorgung? ja nein
 ich hätte gern mehr Informationen
- Interessieren Sie sich für hochwertigen Zahnersatz? ja nein
 ich hätte gern mehr Informationen
- Haben Sie weitere Wünsche oder Bedürfnisse? ja nein
-

Kommen Sie auf Empfehlung? ja nein

Wenn ja, von wem? _____

Was war für Sie im Empfehlungsgespräch besonders interessant?

Wenn nicht durch Empfehlung, wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich bin damit einverstanden, auf notwendige oder sinnvolle Untersuchungen/Behandlungen auch telefonisch, schriftlich, per E-Mail oder SMS hingewiesen zu werden.

Bitte beachten Sie:

Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Betäubungsspritzen können in extrem seltenen Einzelfällen im Unterkiefer zu einer länger andauernden oder manchmal auch dauerhaften Gefühllosigkeit führen. (Diesen Hinweis müssen wir aus juristischen Gründen machen.)

Unsere Praxis wird nach dem Bestellprinzip geführt, um für Sie längere Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, uns wenigstens 24 Stunden vorher zu benachrichtigen, damit wir die frei werdende Zeit anderen Patienten anbieten können. Andernfalls sind wir berechtigt, Ihnen (auch als gesetzlich Versicherte) unsere durch Ausfallzeiten entstandenen Kosten ggf. pauschal in Rechnung zu stellen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bestätige die Kenntnisnahme der vorstehenden Hinweise durch meine Unterschrift.

Falls sich mein Gesundheitszustand ändert, teile ich es Ihnen mit.

Datum

Unterschrift