



Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen möglichst genau aus, damit unser Praxisteam Sie optimal und reibungslos betreuen kann. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

+ Patientendaten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname (des Versicherten,
falls abweichend) _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Krankenkasse _____

Telefon/Mobil _____ Email _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern? Post Email SMS

Private Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt Privatversichert

+ Allgemeine Gesundheitsfragen (Mehrfachnennungen bitte unterstreichen)

Herzerkrankung / Endokarditis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Lungenerkrankung/ Asthma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher/ künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diabetes (HbA1-Wert: _____)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Bluterkrankung / Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gerinnungshemmer (Marcumar, Plavix, Xarelto, Eliquis)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Lebererkrankung (Hepatitis)/ Gelbsucht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rheuma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	AIDS / HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Tumorerkrankung/ Chemotherapie/ Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

BITTE FÜLLEN SIE AUCH DIE RÜCKSEITE AUS. →



- Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen. Wenn ja, welche? nein ja, _____
- Liegen Allergien vor? Wenn ja, welche? nein ja, _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? nein ja, _____
- Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? nein ja, _____
- Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viel rauchen Sie am Tag? nein ja, _____
- Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? nein ja, im _____ Monat.

+ Grund Ihres Besuches

- | | | | |
|---|---|---|---|
| Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Mundgeruch | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Kiefergelenksbeschwerden | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Knirschen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne und dem Aussehen zufrieden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Sonstiges _____

+ Beratungswunsch

- | | | | |
|------------------------------|---|----------------------------------|---|
| Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Weisse Zähne (Bleaching) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Zahnästhetik / Ihr Lächeln | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Sedierung / Dämmerschlaf | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Implantate / Implantatversorgung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Sonstiges _____

Bei gesetzlich Krankenversicherten benötigen wir bei jedem Besuch in der Praxis die Versicherungskarte. Liegt uns die Karte 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, können die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt werden. Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Ansonsten können Ihnen die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Unser Praxisteam ist bemüht, Ihnen eine zahnärztliche Behandlung ohne Wartezeiten sicher zu stellen. Trotzdem kann es durch unvorhergesehene Behandlungen zu Wartezeiten kommen. Wir bitten dies zu entschuldigen.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu (gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018).

Ihr Praxis-Team

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____