

Gesundheitsfragebogen

Patient-Name : _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Anschrift-Straße: _____ **Haus-Nr.:** _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Telefon
priv./berufl.: _____ **Mobil:** _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ **Arbeitgeber:** _____ **E-Mail:** _____

Versicherter-Name: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Anschrift-Straße: _____ **Haus-Nr.:** _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Versicherungsträger: gesetzlich Zusatzversicherung
privat Standard-/Basistarif Beihilfe

Name Krankenkasse: _____

Aktueller Grund für Ihren Besuch?: _____

Wann wurden Sie zuletzt im Mund-/Kieferbereich geröntgt? _____

Haben Sie Zahnfleischbluten? Nein Ja, gelegentlich Ja, häufig

Haben Sie die Vermutung/den Verdacht schlechten Atem zu haben u. wünschen eine Beratung? Ja Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein, ich wünsche eine Beratung

Legen Sie besonderen Wert auf Behandlung in örtlicher Betäubung? Ja Nein

Möchten Sie über bestimmte Leistungen besonders beraten werden? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|--|---|
| Ästhetische Restaurationen <input type="checkbox"/> | Hochwertiger Zahnersatz <input type="checkbox"/> | Amalgamersatzmaterialien <input type="checkbox"/> |
| Moderne Wurzelkanalbehandlung <input type="checkbox"/> | CAD/CAM <input type="checkbox"/> | Implantatprothetik <input type="checkbox"/> |
| Schonende Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/> | Narkosebehandlungen <input type="checkbox"/> | |

Das Beste was wir Ihnen bieten können: Gesundheit durch unser Vorsorgeprogramm und Professionelle Zahnreinigung

Patient-Name: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand vollständig!

Leiden Sie an akuten oder chronischen Krankheiten:

Creutzfeld-Jakob-Krankheit _____ Krankenhauskeim(MRSA) _____

Herz-/ Kreislaufkrankungen _____ Infektionskrankheiten _____

Inneren Krankheiten _____ Erkrankungen des Blutes _____

Erkrankungen des Nervensystems _____ Allergie(n) gegen: _____

Leiden Sie an Beschwerden im Kiefergelenk, Kopf- oder Nackenschmerzen? Ja Seit: ___ Monaten Nein

Sonstige Erkrankungen _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? _____

Sind Sie Raucher? Ja ca. _____ Zigaretten am Tag Nein

Bitte informieren Sie uns stets, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat und teilen Sie uns mit, wenn eine Schwangerschaft besteht!

Ihr Hausarzt: Name _____ Ort _____ Telefon _____

Weitere Therapeuten: Name _____ Fachrichtung _____

Medikamente, insbesondere Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen!

Ihre Praxis wurde mir empfohlen durch: _____

Möchten Sie in Zukunft:

per Brief per SMS per Mail an Ihren nächsten Termin/Recalltermin erinnert werden?

Mobil Nr.: _____ E-Mail: _____

Datum: _____ **Unterschrift Patient:** _____