

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.
Sie helfen uns damit, Sie noch individueller beraten und behandeln zu können. Vielen
Dank im Voraus! Ihr Praxisteam



Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon (privat): _____ Mobiltelefon: _____ Telefon (geschäftl.): _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ beihilfeberechtigt: pflichtversichert: freiwillig versichert:

Hauptversicherer/Rechnungsempfänger: _____ Geburtsdatum: _____

Empfohlen bzw. überwiesen durch (Anschrift vorbehandelnder Arzt bzw. Hausarzt): _____

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich? _____

Sind Sie schwanger? Ja Welcher Monat? _____ Nein

Spezielle medizinische Anamnese:

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Leiden Sie an | | |
| · Infektionskrankheiten (Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> , TBC, HIV usw.): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Herz-/Kreislaufbeschwerden? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Diabetes? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · hohem Blutdruck? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Nieren- oder Lebererkrankungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Allergien/Arzneimittelüberempfindlichkeit? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Asthma? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Rheuma? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · sonstigen Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tragen Sie einen Herzschrittmacher? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zahnmedizinische Anamnese:

- Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____
- Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik Ihrer Zähne? sehr wichtig wichtig unwichtig
- Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? _____
- Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? _____
- Haben oder hatten Sie schon einmal Beschwerden beim Kauen? _____
- Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Zahnarzttermin erinnert werden? _____
- Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____ Monat: _____ Jahr: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 STGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in