

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß, damit eine bessere persönliche Beratung erfolgen kann und medizinische Problemsituationen vermieden werden können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz.

Allgemeine Angaben

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer (Festnetz / mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____

Versicherungsstatus:

- gesetzlich krankenversichert
- Zahn-Zusatzversicherung (bei gesetzlich krankenversicherten) – Welche Versicherung und welcher Prozentsatz? _____
- privat krankenversichert
- Beihilfe

Beruf / Arbeitgeber: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? : _____

Wie ist ihr aktueller Gesundheitszustand? (Bitte zutreffendes ausfüllen)

- Rauchen Sie? – Wenn ja, wie viel pro Tag?

- Haben Sie Allergien? – Wenn ja, welche (z.B. gegen Antibiotika oder Spritzen)

- Ernähren Sie sich vegetarisch oder vegan?

- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? – Wenn ja, welche und warum?

- Welche Medikamente müssen Sie außerdem noch regelmäßig einnehmen?

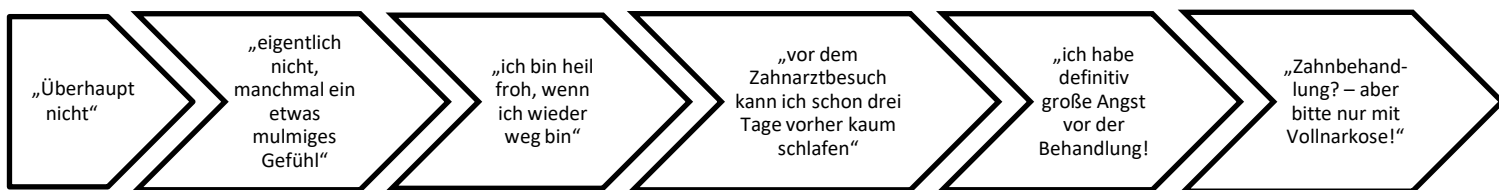
- Haben Sie künstliche Herzklappen, Endoprothesen oder einen Herzschrittmacher?

- Sind Sie schwanger? Wenn ja, wann entbinden Sie?

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck
 - Diabetes mellitus (Typ I / Typ II)
 - Osteoporose
 - Herzrhythmusstörungen
 - Asthma
 - Niereninsuffizienz
 - Infektionskrankheiten: Hepatitis B Hepatitis C HIV
 - weitere (bitte selbst auflisten):
-

Beurteilen Sie bitte, ob Sie Angst vor dem Zahnarzt/ der Behandlung haben.



Welche Aussagen treffen bzgl. Ihrer Zähne auf Sie zu? (Mehrfachnennung möglich)

- „Ich wünsche mir hellere und formschönere Zähne.“
- „Zahnersatz muss funktionieren und seine Aufgabe erfüllen – wie er aussieht ist egal.“
- „Ich beobachte häufiger Zahnfleischbluten.“
- „Ich habe das Gefühl, dass sich meine Zähne lockern.“
- „Ich möchte diese lästige wackelnde Prothese endlich los werden!“
- „Ich möchte ausschließlich festen Zahnersatz.“
- „Eine Prothese würde mich nicht stören – damit komme ich schon klar.“
- „Zahnersatz? ... Wenn es sein muss – es sollte aber nicht so viel kosten.“
- „Ich habe immer wieder diese seltsamen ziehenden Schmerzen.“
- „Mein Lebensgefährte beschwert sich andauernd über dieses Zähneknirschen.“
- „Mein Partner wird fast verrückt, weil ich angeblich die ganze Nacht schnarche.“
- „Ich hab irgendwie immer das Gefühl Mundgeruch zu haben.“
- Welche Vorstellungen / Wünsche haben Sie von Ihren Zähnen / Zahnersatz?

Sollten Sie einen Termin nicht halten können, bitten wir um eine Absage mindestens 24h im Vorab. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir für nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h im Vorab) uns eine Ausfallentschädigung vorbehalten Ihnen in Rechnung zu stellen.

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind.

Datum			
Unterschrift			