

Liebe Patienten,

willkommen in der Zahnarztpraxis dental.island



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Wir bitten Sie daher auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1 Persönliche Angaben

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname	Geb. Datum	Geb. Ort	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Straße und Hausnummer				
PLZ	Ort			
Tel. privat	Mobil			
E-Mail				

ICH BIN

<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	
<input type="checkbox"/> zusatzversichert	Krankenkasse / private Krankenversicherung	
Bei welchem Versicherungsunternehmen?		
	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Name, Vorname	Geb. Datum	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Straße			
PLZ	Ort		

Name des Hausarztes

Kontaktdaten

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt?

Ja Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

Bitte vermerken Sie hier sofern bekannt den Ort, die Straße sowie die Telefonnummer Ihres Hausarztes.

Bitte vermerken Sie hier sofern bekannt den Monat und das Jahr der Aufnahmen sowie den Namen des Arztes / der Praxis.

2 Ihr Anliegen

WAS IST DER GRUND IHRES BESUCHES?

- Routinekontrolle
 Beratung
 Schmerzbehandlung

- neuer Zahnersatz
 „zweite Meinung“
 Zahnfleischbluten

- Knirschen

3 Spezielle Gesundheitsfragen

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche Medikamente?

Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein
Wenn ja, welches Medikament?

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein (z.B. Bisphosphonate)? Wenn ja, welches Medikament? Ja Nein

FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat?

ALLERGIEN

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Rauschmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein

Konsumieren Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein

4 Allgemeine Gesundheitsfragen

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein
Herzschrittmacher / künstl. Herzklappe? Ja Nein
Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein
Angeborener/erworbener Herzfehler? Ja Nein
Sonstiges?

KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck? Ja Nein
Niedriger Blutdruck? Ja Nein
Sonstiges?

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/C)? Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
HIV? Ja Nein

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von _____ Jameda.de Online Suchmaschinen Telefonbuch
 Überweisung von _____ Homepage Facebook Sonstiges

MÖCHTEN SIE AN IHREN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN?

Wenn ja, wie? per Telefon per E-Mail per SMS Ja Nein

Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen. Anderenfalls müssen wir Ihnen leider die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung stellen.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Eventuelle Änderungen werde ich entsprechend mitteilen. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass mich die Zahnarztpraxis Dental Island in bestimmten Abständen über wichtige Vorsorgeuntersuchungen und Praxisnews (z.B. Zahnreinigung) per E-Mail informieren darf. Diese Angaben kann ich zu jedem Zeitpunkt ändern oder widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
Nierenerkrankungen? Ja Nein
Magen- / Darmerkrankungen? Ja Nein
Chronische Lebererkrankungen? Ja Nein
Sonstiges?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle? Ja Nein
Depressionen? Ja Nein

SONSTIGE ERKRANKUNGEN UND ANGABEN

Rheuma? Ja Nein
Chronische Lungenerkrankungen / Asthma? Ja Nein
Nase- / Nebenhöhlenerkrankungen? Ja Nein
Haben Sie eine sonstige Erkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche?
