

Liebe Patienten,

herzlich willkommen bei ANKERZAHN – Praxis für Zahngesundheit. 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. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Kontaktdaten des Patienten

Name, Vorname _____ m w d

Geb. Datum _____ Geb. Ort _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Ich bin

gesetzlich versichert? Bei welcher Krankenkasse? _____ privat versichert? Bei welcher Krankenversicherung? _____

zusatzversichert? Bei welchem Versicherungsunternehmen? _____ beihilfeberechtigt Basistarif

Kontaktdaten des Hauptversicherten

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

Name, Vorname _____ m w d

Geb. Datum _____ Geb. Ort _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____

Name des Hausarztes _____ Telefon _____

Adresse _____

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und/oder des Kopfbereichs angefertigt? ja nein
Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

IHR ANLIEGEN

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Kontrolluntersuchung Zahnschmerzen Beratung Zahnersatz "zweite Meinung"

Professionelle Zahnreinigung Zahnfleischbluten Beratung Implantate _____

Interessieren Sie sich für eine Beratung zu folgenden Themen?

Zahnaufhellung (Bleaching) Zahnästhetik/Ihr Lächeln Amalgamsanierung Migräne, Kopf- und Nackenschmerzen, Kiefergelenkbeschwerden

Zahnbegradigung (Aligner-Behandlung) Knirschen biologische Zahnmedizin

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** ja nein
oder **Tumorerkrankungen** ein (z.B. Bisphosphonate)? Wenn ja, welches Medikament?

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? Wenn ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Rauschmittel? Wenn ja, welche?

Ärztliche Behandlung

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

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle ja nein
Depressionen ja nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein
Herzschrittmacher / künstl. Herzklappe ja nein
Zustand nach Herzinfarkt ja nein
Angeborener / erworbener Herzfehler ja nein
Sonstiges _____

Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Hepatitis (A/B/C) ja nein
Tuberkulose ja nein
HIV ja nein

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Magen- / Darmerkrankungen ja nein
Chronische Lebererkrankungen ja nein
Sonstiges _____

Sonstige Erkrankungen

Rheuma ja nein
Chronische Lungenerkrankungen / Asthma ja nein
Nase- / Nebenhöhlenerkrankungen ja nein
Grauer Star / Grüner Star ja nein
Haben Sie eine sonstige Erkrankung? ja nein
Wenn ja, welche

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von _____ Website Google Jameda Social Media Sonstiges

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

ja nein

Wenn ja, wie per Telefon per E-Mail per SMS

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. 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. Diese Angaben kann ich zu jedem Zeitpunkt ändern oder widerrufen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen im Rahmen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____