

Name des Patienten: ..... Vorname: ..... geboren: .....

Adresse: ..... Telefon: .....

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Mitglied/Zahlungspflichtiger: ..... geboren: .....

Beruf des Mitglieds: ..... Krankenkasse: ..... Zusatzversicherung? ja / nein

**Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

## **Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

- Herzerkrankung** (Endokarditis, Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Kreislaufkrankungen** (zu hoher/ zu niedriger Blutdruck)
- Blutungsneigung** (Blutverdünnung durch Medikamente, Blutgerinnungsstörungen)
- Diabetes / Asthma / Nierenerkrankungen**
- Infektionskrankheiten** (Hepatitis, Tuberkulose, HIV-Infektion)
- Allergien** (v. a. Penicillin, Lokalanästhesie, Metalle, Latex ...)
- Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen?** welche: .....
- Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?**
- Rauchen Sie?**

**für Patientinnen:** Sind Sie schwanger? Ja (..... Monat) / nein / ungewiss

- Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne? Würden Sie gerne etwas ändern?
- Haben Sie funktionelle Probleme beim Kauen?
- Haben Sie Zahnfleischbluten? Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Zahnfleisches?
- Knirschen / pressen Sie nachts?
- Möchten Sie über Prophylaxemöglichkeiten informiert werden?

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Ihnen die für Sie reservierte, ungenutzte Behandlungszeit in Rechnung gestellt wird, falls Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten, ohne spätestens 24 Stunden vorher abgesagt zu haben.

Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Nottermin, so müssen Sie unter Umständen mit einer längeren Wartezeit rechnen! Patienten mit einem reservierten Termin werden vorrangig behandelt.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_