

Schön, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bitte nehmen Sie sich zum Ausfüllen des Fragebogens Zeit. So können wir optimal die Behandlungen vorbereiten, Risiken vermeiden und auf Ihre Wünsche besser eingehen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Tel: _____

Mail: _____

Mobiltelefon: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Mitglied (Vers.): _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsverhältnis:

gesetzlich versichert freiwillig versichert privat versichert

beihilfeberechtigt Zahnzusatzversicherung, wenn ja, welche?

➤ Wer ist Ihr Hausarzt? _____

➤ Sind Sie in orthopädischer Behandlung? JA NEIN

Wenn ja, bei wem? _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Markumar/Gerinnungshemmer | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rücken- oder Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

➤ Reagieren Sie auf Medikamente überempfindlich? JA NEIN
Wenn ja, auf welche? _____

➤ Haben Sie Allergien? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____

➤ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____

➤ Sind Sie Raucher JA NEIN
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

➤ Für unsere weiblichen Patienten
Besteht eine Schwangerschaft? JA NEIN

Grund Ihres Besuches?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung |
| <input type="checkbox"/> Implantat | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schönerer Zähne | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Sie sind uns wichtig

- Was ist Ihnen beim Zahnarzt besonders wichtig?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ➤ Bekommen Sie Ihre Zähne beim Putzen richtig weiß? | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| ➤ Achten Sie auf frischen Atem? | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| ➤ Legen Sie Wert auf unsichtbare Füllungen? | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| ➤ Haben Sie Angst vorm Zahnarzt? | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| ➤ Leiden Sie unter Würgereiz? | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| ➤ Haben Sie eine starke Schmerzempfindlichkeit? | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| ➤ Wurde eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |

- Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst?

Eine Patientenempfehlung ist das größte Kompliment für uns.

- Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen (Internet, Familie, Bekannte, etc.)?

- Für welche Leistung wurden wir empfohlen?

Möchten Sie in unser Wiedererinnerungssystem aufgenommen werden?

JA NEIN

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Wir freuen uns auf Sie!

Weimar, den _____ Unterschrift _____