

Beispiel Aa

geb.: 01.01.2000

Straße  
83209 Prien

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

**Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeb.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (gesetzlich) \_\_\_\_\_ Krankenkasse (privat) \_\_\_\_\_

- |                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bin Privat versichert     | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt       |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Pflichtversichert     | <input type="checkbox"/> Ich habe eine Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert |                                                           |

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?**

**Herz**

- |                                               |                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Infarkt | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Muskelentzündung     | <input type="checkbox"/> Rythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher        | <input type="checkbox"/> Bypassoperation  |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz    |                                           |

**Kreislauf**

- |                                                 |                                        |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck    | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris        | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |                                        |

**Erkrankungen des blutbildenden Systems**

- |                                    |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> Bluter |
|------------------------------------|---------------------------------|

**Augen**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grauer Star | <input type="checkbox"/> Grüner Star |
|--------------------------------------|--------------------------------------|

**Atmungswege/Lunge**

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
|---------------------------------|-------------------------------------|

**Magen-Darm-Trakt**

- |                                            |  |
|--------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Magendarmkrankung |  |
|--------------------------------------------|--|

**Blase-Nieren**

- |                                             |                                           |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blasenkrankung     | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz |                                           |

**Leber**

- Gelbsucht  Hepatitis (A) (B) (C)

**Bewegungsapparat**

- Rheuma  rheumatoide Arthritis  
 Gicht

**Zentrales- und Vegetatives Nervensystem**

- epileptische Anfälle  Migräne  
 Kopfschmerzen

**Stoffwechsel**

- Diabetes  Schilddrüsenüberfunktion  
 Schilddrüsenunterfunktion

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- Haut und/oder Geschlechtskrankheiten, wenn ja, Welche? \_\_\_\_\_  
 HIV bzw. AIDS, Tuberkulose; wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Tumorerkrankungen ( Bestrahlungen, Chemotherapie), wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:**

Arzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie? ja**

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie z.Zt. schwanger?**

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Weitere administrativ wichtige Informationen:**

- Besitzen Sie einen Allergiepass?  
 Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragung der letzten 5 Jahren)

**Möchten Sie an Ihren halbjährigen Vorsorgetermin von uns erinnert werden? Ja  Nein**

**wenn ja wie?:** Telefonisch  per E-mail  per Brief

**Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_**

Wie Sie wissen, sind wir eine Bestellpraxis. Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen, ohne uns rechtzeitig darüber zu informieren (24 Stunden vorher!), können dadurch erhebliche Ausfallzeiten entstehen. Für diesen Fall behalten wir uns vor, das ausgefallene Honorar in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

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

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern