

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