



Behandlungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen sie deshalb diesen Fragebogen aus. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, wie auch für eine fachgerechte medizinische Behandlung sowie Beratung notwendig.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name, Vorname :

Geburtsdatum :

Anschrift :

PLZ, Ort :

Name Vorname :
(Versicherter)

Geburtsdatum :

Name und Ort der Krankenkasse :

Telefon (privat) :

Telefon (dienstlich) :

Emailadresse :

Beruf :

Haben Sie Kinder ja nein

Falls ja, wie ist das Alter der Kinder:

Ihr behandelnder Hausarzt :

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Privat versichert

Pflichtversichert

Freiwillig versichert

Beihilfeberechtigt

Bonusheft vorhanden

private Zusatzversicherung

Besteht oder bestand eine der folgenden Erkrankungen (Bitte zutreffendes ankreuzen)

des Herzens (auch Herzschrittmacher)?

Nein

Ja, folgende:

des Blutes?

Nein

Ja, folgende:

Leiden Sie an Allergien?

Nein

Ja, folgende:

Bestehen sonstige Erkrankungen?

Nein

Ja, folgende:

Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein

Ja, folgende:

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Nein

Ja, folgende:

Ist Ihr Blutdruck normal?

Ja

Nein

zu Hoch

zu niedrig

Besteht eine der folgenden Erkrankung (Bitte zutreffendes ankreuzen):

Gelbsucht

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Immunschwäche (Aids)

Schilddrüsenerkrankung

Asthma

Rheuma

Magen-/Darmerkrankung

Nervenerkrankung

Multiresistente Erreger (MRSA, ESBL, VRE, Clostridien)

Möchten Sie gerne von uns an Ihren halbjährlichen Zahnarztbesuch erinnert werden

Ja

Nein

Zu einer guten Zusammenarbeit gehört für uns auch eine gute Terminplanung um Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Dabei sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Wir bitten deshalb höflich, Termine die Sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig abzusagen. Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (min. 24 Stunden vor dem Behandlungstermin) in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift



FRAGEBOGEN

Liebe Patienten und Patientinnen,

mit der Beantwortung dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihre Vorstellungen und Wünsche, die ihre Zahngesundheit betreffen, besser zu verstehen und gemeinsam mit Ihnen umzusetzen.

Haben Sie Füllungen oder Kronen? Nein Ja

Möchten Sie Karies auf Dauer durch gezielte Therapie vermeiden? Nein Ja

Leiden Sie manchmal an Zahnfleischbluten? Nein Ja

Wenn ja, möchten Sie etwas gegen das Zahnfleischbluten tun? Nein Ja

Wurde bei Ihnen schon mal eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? Nein Ja

Haben Sie schon einmal eine Zahnspange getragen? Nein Ja

Sind schon einmal OP' s im Kiefer oder Gesichtsbereich durchgeführt worden? Nein Ja

Leiden Sie an Mundgeruch? Nein Ja

Haben Sie schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie schon einmal wegen Kieferschmerzen einen Zahnarzt aufgesucht? Nein Ja

Sind Sie bisher regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung gegangen? Nein Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Anzeige Schild Telefonbuch

Empfehlung, durch wen:
