



Gesundheitsfragebogen

Liebe Patienten, um bei Ihrer Behandlung alle Risiken einschätzen zu können und die für Sie optimale Therapie zu wählen, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name (Patient) Vorname..... Geburtsdatum.....

Versicherter..... Straße und Hausnummer.....

PLZ, Ort..... Telefon..... Beruf.....

Name der Krankenkasse Bonusanspruch.....%

gesetzlich privat Basistarif freiwillig versichert beihilfeberechtigt zusatzversichert

Angaben zu Ihrer Gesundheit	Ja	Nein	Erläuterungen
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Leiden Sie an Halitosis (Mundgeruch)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sind Geräusche im Bereich des Kiefergelenkes aufgetreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack im Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Blutgerinnungsstörungen (Marcumar/Heparin/ASS etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Diabetes - Typ 1 / Typ 2 (Altersdiabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Herz - Kreislauferkrankung (Infarkt/Angina Pectoris/Schrittmacher)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Infektionserkrankungen (HIV/Hepatitis/Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
- andere Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wurden Sie im vergangenen Jahr operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____



Ihre Wünsche und Bedürfnisse:

Empfinden Sie Angst / Unwohlsein vor der Behandlung?

ja nein

Haben Sie Interesse an einer Implantatversorgung?

ja nein
 ich möchte gerne mehr Informationen

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?

ja nein
 ich möchte gerne mehr Informationen

Haben Sie Interesse an hochwertigen, zahnfarbenen Füllungstherapien?

ja nein
 ich möchte gern mehr Informationen

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Form und Farbe Ihrer Zähne?

ja nein

Möchten Sie über ein spezielles Themengebiet informiert werden?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Kommen Sie auf Empfehlung?

ja nein

Wem dürfen wir für die Empfehlung danken?

Möchten Sie an unserem halbjährigen Erinnerungsdienst teilnehmen?

(Sichern Sie sich Ihren Bonusanspruch)

ja nein

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Falls sich an meinem Gesundheitszustand etwas ändert, teile ich es Ihnen umgehend mit.

.....
Datum

.....
Unterschrift