

Patienten- Erhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung:

Patient

: _____

Name	Vorname	geb.
_____	_____	_____
Straße	Hausnummer	PLZ/Ort
_____	_____	_____
Telefon Privat	Telefon Geschäft	Fax
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	
_____	_____	

Versichert mit:

Name	Vorname	geb.
_____	_____	_____
Straße	Hausnummer	PLZ/Ort
_____	_____	_____

Krankenkasse

gesetzlich	frei.w.vers.	privat
_____	_____	_____

Allgemeine Fragen:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfohlen durch:

Wann waren Sie das letzte Mal in zahnmedizinischer Behandlung?

Allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen zu Ihrer eigenen Sicherheit sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen:

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/ Facharzt:

Name / Adresse / Telefon Nr.

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar) ? Ja / Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, besitzen Sie einen Allergiepass? Ja / Nein

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeit? Ja / Nein

Leiden Sie an Herz oder Kreislauferkrankungen? Ja / Nein

Sind Sie an Diabetes erkrankt? Ja / Nein

Liegen Erkrankungen des Nervensystems, Bluterkrankungen oder Infektionserkrankungen vor? Ja / Nein

Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?

Unsere Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis

Möchten Sie bei Füllungen über eine Alternative zu Amalgam (Kassenleistung) aufgeklärt werden? Ja / Nein

Leiden Sie an Zahnfleischbluten, Schmerzen an den Kiefergelenken? Ja / Nein

Knirschen oder Pressen Sie? Ja / Nein

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja / Nein

Möchten Sie halbjährlich an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Ja / Nein

Nur für Frauen:

Sind Sie schwanger? Wenn ja in welchem Monat? Ja / Nein

Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU Datenschutz-Grundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information im Wartezimmer können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Wir weisen sie darauf hin, dass wir eine Bestellpraxis führen. Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichterscheinen wird eine Ausfallgebühr geltend gemacht.

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe!

Vohburg, den _____

Unterschrift des Patienten, ggf. des gesetzlichen Vertreters