



Gesundheitsfragebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Dr. Stephanie Oltmanns & Team

Persönliches

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße/Hausnummer PLZ, Ort

Telefon Festnetz Telefon Mobil

E-Mail

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zahnzusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, dann ergänzen Sie bitte den Hauptversicherten:

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße/Hausnummer PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung

Im Vorbeigehen

Internet

Überweisung

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Vorsorge

Beratung

Neuer Zahnersatz

Schmerzbehandlung

Sonstiges

Zahnbezogene Angaben

Sind Sie mit der Stellung, der Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? ja nein

Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk (z.B. beim Kauen oder Gähnen)? ja nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Stellt Schnarchen für Sie oder Ihren Partner ein Problem da? ja nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? ja nein

Dürfen wir Sie halbjährlich an Ihren Vorsorgetermin erinnern? ja nein

Telefon

E-Mail

Ihre Behandlungswünsche

Standard-Behandlung

Ich möchte eine solide, aber möglichst kostengünstige Therapie und nehme bewusst in Kauf, dass ich auf einige moderne Behandlungsmethoden verzichte. Ich möchte zweckmäßig und wirtschaftlich behandelt werden, so wie es die Krankenkassen in der Regelversorgung vorsehen.

Premium-Behandlung

Ich wünsche eine qualitativ und kosmetisch höchstwertige Therapie, unter Einbeziehung aller relevanten Möglichkeiten der modernen Zahnmedizin. Langlebigkeit, Komfort, Ästhetik, höchstwertige Materialien und funktionelle Aspekte sollen berücksichtigt werden.

Natürlich beraten wir Sie auch gerne individuell über verschiedene Behandlungsmethoden.

Allgemeine Gesundheitsangaben

Hoher Blutdruck	ja	nein	Osteoporose	ja	nein
Niedriger Blutdruck	ja	nein	Diabetes	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein	Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Blutgerinnungsstörung	ja	nein	Augenerkrankung	ja	nein
Endoprothesen	ja	nein	Tumorerkrankung	ja	nein
Herzerkrankung	ja	nein	HIV	ja	nein
Lebererkrankung	ja	nein	Hepatitis	ja	nein
Lungenerkrankung	ja	nein	Tuberkulose	ja	nein

Allergien ja nein Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen

Nehmen Sie Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche?

Mussten Sie jemals Bisphosphonate einnehmen? ja nein

Nehmen Sie andere Medikamente ein? ja nein Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Anästhesie eingeschränkt sein könnte! Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit!

Wir sind eine Bestellpraxis und sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Aus diesem Grunde planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie reserviert sind. Für den Fall, dass Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit er anderweitig vergeben werden kann.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und nach geplanter Behandlung in Rechnung zu stellen. Trotz bester Planung kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen, da wir verpflichtet sind, auch nicht vorhersehbare Notfallbehandlungen durchzuführen. Wir werden Sie umgehend informieren.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift