

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst gewissenhaft aus, damit wir Sie optimal behandeln können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name / Vorname:	<input type="text"/>	gesetzlich vers. bei:	<input type="text"/>
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	privat vers. bei:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	private Zusatzversicherung:	<input type="text"/>
Versicherter (z.B. bei Kindern):	<input type="text"/>	Sind wir Ihnen empfohlen worden? Durch wen?	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Wie sind Sie sonst auf uns aufmerksam geworden?	<input type="text"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon Festnetz + Handy:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Was führt Sie zu uns?

- eine Routinekontrolle
- eine Amalgamsanierung
- ich habe Schmerzen
- eine gründliche Untersuchung
- eine Beratung, wegen: _____
- ein besonderes Problem: _____
- eine Sanierung

Zahnärztliche Anamnese

- Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht? ja nein
- Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein
- Wenn Sie bereits Zahnersatz haben, seit wann ist dieser eingegliedert? Jahr: _____
- Möchten Sie Ihre Zähne regelmäßig kontrollieren und reinigen lassen? ja nein
- Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein
- Name des Hausarztes: _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
- Welche? _____

Allgemeinärztliche Anamnese / Krankengeschichte

leiden oder litten Sie unter

- Herzerkrankung
- Lebererkrankung / Hepatitis
- Tuberkulose
- Epilepsie
- Schlaganfall
- Osteoporose
- Kreislaufbeschwerden
- HIV-Infektion
- Magenerkrankung
- Asthma
- Chronische Atemwegsbeschwerden
- Schilddrüsenerkrankung
- Herzinfarkt
- Nierenerkrankung
- Glaukom / Grüner Star
- Diabetes
- Blutgerinnungsstörung
- sonstiges: _____

Allergien / Unverträglichkeiten auf:

Ja, wir wollen viel von Ihnen wissen. Auf der anderen Seite geht es noch weiter...

Sonstige wichtige Angaben:

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? ja nein
- Blutdruck: niedrig normal hoch ggf. Werte: _____
- Rauchen Sie? ja nein
- Besteht eine Schwangerschaft? ja (Woche: _____) nein ungewiss

Spezielle Angaben

- Haben Sie einen ästhetischen / zahnkosmetischen Wunsch? ja nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein
- Haben Sie gelegentlich oder häufig Zahnfleischbluten? ja nein
- Benutzen Sie Zahnseide oder andere spezielle Hilfsmittel zur Zahnpflege? ja nein
- Hatten Sie schon einmal eine Parodontalbehandlung? ja nein
- Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung machen lassen? ja nein
- Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen oder Kauen? ja nein
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Haben Sie gelegentlich Nackenverspannungen / Kopfschmerzen? ja nein
- Haben Sie gelegentlich Ohrenscherzen oder Tinnitus? ja nein
- Haben Sie oft Stress? ja nein
- Sind Sie in orthopädischer oder physiotherapeutischer Behandlung? ja nein
- Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich? ja nein
- Sind Ihre Zähne aufbissemempfindlich? ja nein

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung noch 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die anderorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die vorhergesehene Zeit anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorhergesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Für jede ausgefallene Stunde müssten wir 160,00 € Honorar berechnen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der obigen Vereinbarung und der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Gemäß Artikel 13, EU-Datenschutzverordnung dürfen meine Adressdaten für Recall, Weitergabe an Dentallabor, Krankenkassen und kooperierende Fachärzte verwendet werden. Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen.

Möchten Sie zukünftig per SMS an Ihre Folgetermine erinnert werden? ja nein

Und zum Schluss? Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen und die entspannte und angenehme Atmosphäre genießen können. Wenn wir etwas tun können, um Ihnen Ihren Aufenthalt noch angenehmer zu gestalten, so lassen Sie es uns bitte wissen. Wir stehen Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Hemmingen, den _____

Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigter _____