

Zahnarztpraxis Löblich

Liebe Patientin und lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Sie helfen uns mit den folgenden Angaben, Ihre Behandlung optimal zu gestalten. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Punkte soll dazu beitragen, Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen zu können und mögliche Komplikationen während der Behandlung zu vermeiden. Ihre Angaben sind Teil des Behandlungsvertrages und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und der Geheimhaltungspflicht nach der DSGVO. Sollten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens bei irgendeinem Thema Schwierigkeiten gehabt haben, sprechen Sie uns bitte darauf an. Je genauer wir informiert sind, umso besser können wir Sie behandeln.

Patient:

ggf.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Berufliche Tätigkeit
------	------	---------	--------------	----------------------

Versicherte/-r:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift:

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
-----------------------	-----	-----

Rechnungs- anschrift:

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
-----------------------	-----	-----

Kontakt:

Telefon (privat)	Telefon (beruflich)	Handy	E-Mail
------------------	---------------------	-------	--------

Versicherung:

Ich bin gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	Name der Krankenkasse	Ich habe eine Zusatzversicherung für Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Zahnerhalt	<input type="checkbox"/>
Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/>	Name der Krankenversicherung	Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>		

Was ist der Anlass Für Ihren Besuch in unserer Praxis?

Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	Akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Beratung	<input type="checkbox"/>	Zahnprobleme	<input type="checkbox"/>
Überweisung	<input type="checkbox"/>	durch		Sonstiges	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischprobleme	<input type="checkbox"/>
						Kiefergelenksprobleme	<input type="checkbox"/>
						Was?	

Allgemeinmedizinische Anamnese (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.)

▪ Herz/ Kreislauf		▪ Atemwegserkrankungen			
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Asthma Bronchiale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzasthma (Angina Pectoris)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschriftmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	▪ Allergien		
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher <input type="checkbox"/> oder niedriger <input type="checkbox"/> Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Jod-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Konservierungsstoffe (z.B. Parabene)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
▪ Vegetatives Nervensystem		Metalle/ Materialien		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krämpfe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Andere: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	▪ Medikamenteneinnahme		
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Blutverdünnende oder gerinnungshemmende		
▪ Stoffwechsel		Medikamente (z.B. Marcumar oder Aspirin)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____		
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Beruhigungsmittel oder Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____		
▪ Bluterkrankungen		Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____		
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____		
Sonstige _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Für unsere Patientinnen:		
		Nehmen Sie die Antibabypille?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
▪ Infektionserkrankungen		▪ Haben Sie künstliche Gelenke?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leberentzündung (Hepatitis A/ B/ C)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____		
Immunschwäche (HIV-Infektion)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	▪ Andere Symptome oder Erkrankungen		
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____		

▪ Rauchen Sie Zigaretten <input type="checkbox"/> , Zigarren <input type="checkbox"/> oder Pfeife <input type="checkbox"/> ?	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
▪ Trinken Sie Alkohol?	Sehr häufig <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Für unsere Patientinnen:		▪ Besteht eine Schwangerschaft? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , im _____ Monat .		
		▪ Stillen Sie zurzeit? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		

Zahnmedizinische Anamnese (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.)

▪ Wurden Sie in letzter Zeit im Zahn-, Mund-, Kieferbereich geröntgt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Wenn ja: Wann?				
Monat _____ Jahr _____				
▪ Haben Sie zurzeit akute Schmerzen im Zahn-Mundbereich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Wenn ja: Wo?	Zähne <input type="checkbox"/>	Zahnfleisch <input type="checkbox"/>	Kiefergelenk <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>
▪ Wann?	Immer <input type="checkbox"/>	Nachts <input type="checkbox"/>	Beim Essen <input type="checkbox"/>	Beim Bücken <input type="checkbox"/>
	Bei Heiß <input type="checkbox"/>	Bei Kalt <input type="checkbox"/>	Auf Druck <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>
▪ Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Wenn ja: Welche?	Blutung <input type="checkbox"/>	Rückgang <input type="checkbox"/>	Schwellung <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>
▪ Beobachten Sie, dass sich Ihre Zahnstellung verändert hat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Beobachten Sie Zahnlockerungen <input type="checkbox"/>	oder Überempfindlichkeit? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
▪ Beißen Sie Speisereste zwischen Ihren Zähnen ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Haben Sie oft einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch?	Manchmal <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
▪ Hatten Sie eine Parodontitis- bzw. Parodontose Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen der Halswirbelsäule <input type="checkbox"/> , des Kiefers <input type="checkbox"/> oder des Gesichts <input type="checkbox"/> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Haben oder hatten Sie Schmerzen oder Probleme bei Mundöffnung <input type="checkbox"/> , bei Unterkieferbewegungen <input type="checkbox"/> oder beim Kauen <input type="checkbox"/> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Ist Ihnen oder einem Angehörigen aufgefallen, dass Sie mit den Zähnen knirschen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Haben Sie schon einmal bemerkt, dass Sie die Zähne stark aufeinander pressen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Reiben <input type="checkbox"/> , knacken <input type="checkbox"/> , klemmen <input type="checkbox"/> oder verhaken <input type="checkbox"/> bei Unterkieferbewegungen Ihre Kiefergelenke?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
▪ Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Wenn nicht: Womit nicht?		Stellung <input type="checkbox"/>	Form <input type="checkbox"/>	Farbe <input type="checkbox"/>
▪ Was für eine Zahnbürste benutzen Sie?	Elektrische Zahnbürste <input type="checkbox"/>	Handzahnbürste <input type="checkbox"/>	Beide <input type="checkbox"/>	
▪ Welche Mundhygieneartikel benutzen Sie zusätzlich?	Zahnseide <input type="checkbox"/>	Superfloss <input type="checkbox"/>	Zwischenraumbürstchen <input type="checkbox"/>	
		Andere:		

▪ Möchten Sie in an Ihren nächsten Vorsorgetermin <input type="checkbox"/> und an die Professionelle Zahnreinigung <input type="checkbox"/> erinnert werden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
▪ Wenn ja: per Brief <input type="checkbox"/> per SMS <input type="checkbox"/> per Email <input type="checkbox"/>
▪ Möchten Sie einen Werktag vor Ihrem Zahnarzttermin eine Terminbestätigung per SMS erhalten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

▪ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Suchmaschine <input type="checkbox"/> (z.B. Google)	Umkreissuche <input type="checkbox"/> (z.B. Google Maps)	Zufällig (z.B. beim Vorbeigehen) <input type="checkbox"/>
	Ich wohne in der Nähe <input type="checkbox"/>	Ich arbeite in der Nähe <input type="checkbox"/>	Mir wurde Ihre Praxis empfohlen von <input type="checkbox"/>

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz der Zahnarztpraxis Löblich zur Kenntnis genommen.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	---

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Hamburg, den _____

Unterschrift des Patienten

ggf.
Unterschrift des ges. Vertreters

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit zum Wohle Ihrer Zahngesundheit!
Ihr Praxisteam der ZahnarztpraxisLöblich

Noch ein organisatorischer Hinweis: Ihre Zeit ist kostbar und unsere auch. Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d. h. wir geben verbindliche Termine, um Ihnen längere Wartezeiten und uns Leerlaufzeiten zu ersparen. Bei entsprechenden Arbeiten reservieren wir Ihnen zum Teil mehrere Stunden. Um Ihnen und uns Ärger und Kosten zu ersparen, bitten wir Sie, alle Termine pünktlich einzuhalten und diese bei Verhinderung rechtzeitig, d.h. mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Für den Fall, dass Sie vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, müssen wir Ihnen leider, die uns durch den Ausfall entstandenen Kosten in Rechnung stellen.