

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:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Berufliche Tätigkeit _____

ggf.

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 _____ Ich habe eine Zusatzversicherung

Name der Krankenkasse _____ für Zahnersatz Zahnerhalt

Ich bin privat versichert _____ Ich bin beihilfeberechtigt

Name der Krankenversicherung _____

Was ist der Anlass Für Ihren Besuch in unserer Praxis?

Vorsorgeunter- Akute Schmerzen Beratung Zahnprobleme
suchung Zahnfleischprobleme
Überweisung Sonstiges Kiefergelenksprobleme

durch _____ Was? _____

Allgemeinmedizinische Anamnese (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.)

▪ Herz/ Kreislauf

Herzschwäche (Insuffizienz) Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) Ja Nein

Herzasthma (Angina Pectoris) Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt Ja Nein

Hoher oder niedriger Blutdruck Ja Nein

Sonstige: _____ Ja Nein

▪ Vegetatives Nervensystem

Epilepsie Ja Nein

Krämpfe Ja Nein

Ohnmachtsanfälle Ja Nein

Sonstige: _____ Ja Nein

▪ Stoffwechsel

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein

Sonstige: _____ Ja Nein

▪ Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) Ja Nein

Blutarmut (Anämie) Ja Nein

Sonstige _____ Ja Nein

▪ Infektionserkrankungen

Leberentzündung (Hepatitis A/ B/ C) Ja Nein

Immunschwäche (HIV-Infektion) Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Sonstige: _____ Ja Nein

▪ Atemwegserkrankungen

Chronische Bronchitis Ja Nein

Asthma Bronchiale Ja Nein

Sonstige: _____ Ja Nein

▪ Allergien

Penicillin-Überempfindlichkeit Ja Nein

Jod-Überempfindlichkeit Ja Nein

Konservierungsstoffe (z.B. Parabene) Ja Nein

Metalle/ Materialien Ja Nein

Nahrungsmittel Ja Nein

Andere: _____ Ja Nein

▪ Medikamenteneinnahme

Blutverdünnende oder gerinnungshemmende

Medikamente (z.B. Marcumar oder Aspirin) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Beruhigungsmittel oder Antidepressiva Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Für unsere Patientinnen:

Nehmen Sie die Antibabypille? Ja Nein

▪ Haben Sie künstliche Gelenke?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

▪ Andere Symptome oder Erkrankungen

Ja 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 (z.B. Google) <input type="checkbox"/>	Umkreissuche (z.B. Google Maps) <input type="checkbox"/>	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 Nein

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 Zahnarztpraxis **Löblich**

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.