

Patientenerhebungsbogen für Ihre Zahnarzt-Sprechstunde.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Gerne helfen wir Ihnen zu einzelnen Fragen auch weiter!

Patient: Name, Vorname.....

geb.:

Hauptversicherter: Name, Vorname.....

geb.:

PLZ / Ort / Straße:.....

Telefon: privat..... geschäftl.:

Handy-Nr.:..... Empfohlen durch:.....

E-Mail:.....

Beruf:

Arbeitgeber:.....

Hausarzt: Name, Anschrift:.....

Krankenkasse: Name.....

Privatversichert: Freiwilligversichert:

Zusatzversichert: Pflichtversichert (GKV):

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Ja **Nein**

•Tragen Sie *Zahnersatz*?

Wenn Ja: festsitzend Implantat(e) herausnehmbar

•Sind Sie *Raucher/in*?

Wenn Ja: Anzahl Zigaretten o.ä. pro Tag.....Stück

•Leiden Sie unter *Allergien*?

Wenn ja, welche?:

•Hatten oder haben Sie ernsthafte *Herz- /Kreislaufbeschwerden*?

Wenn ja, welche?

•*Innere Krankheiten* (Diabetes, Blutgerinnungsstörungen etc.) ?

Wenn ja, welche?

•*Infektionskrankheiten* (TBC, AIDS, Hepatitis, etc.) ?

Wenn ja, welche?

•Haben Sie ein *Organtransplantat* oder einen *Herzschrittmacher*?

•Sind Sie *schwanger*?

Wenn ja, welcher Monat?.....

•Letzte *Röntgenuntersuchung*: wann? Was?

•Benötigen Sie *regelmäßig Medikamente*?

Welche nehmen Sie zur Zeit?

.....

....

Sonstige Fragen:

Die **moderne Zahnmedizin** bietet eine Reihe von Möglichkeiten, die wir unseren Patienten zur Verfügung stellen möchten. Die nachfolgenden Antworten sind für unsere Zusammenarbeit mit Ihnen wichtig, um gemeinsam den für Sie geeigneten Behandlungsweg planen und durchführen zu können.

- | | <u>Ja</u> | <u>Nein</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Wissen Sie um die jugendliche Ausstrahlung weißer Zähne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sehen Ihre Zähne dunkler aus, als die Ihrer Freunde oder Bekannten? Möchten Sie sich über Maßnahmen informieren, die Ihre Zähne wieder aufhellen lassen? (Bleaching) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leiden oder littten Sie öfter an Zahnfleischbluten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, möchten Sie Informationen über sanfte Parodontose-Behandlungen (Laser) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wollen Sie Möglichkeiten kennen lernen, wie Sie Ihre Zähne ein Leben lang erhalten können ? (professionelle Zahnreinigung).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie an feststizendem bzw. festem Zahnersatz auf neuen Zahnwurzeln (Implantate) interessiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate zur zahnärztlichen Untersuchung oder Behandlung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wir führen in unserer Praxis für eine große Anzahl unserer Patienten einen freiwilligen Erinnerungsdienst für einen regelmäßigen Kontroll-Besuch bei uns durch. Dieser ist jederzeit zukündigen und völlig kostenfrei. Möchten Sie von uns hierüber informiert werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mit Hilfe des Dental-Dioden-Laser sind wir in der Lage, Behandlungen wesentlich schmerzärmer zu gestalten.
Wünschen Sie weitere Informationen zu diesem Thema? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie an uns überwiesen worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Für welche Behandlung? | | |
| Von welcher Praxis? | | |

Sonstige Anmerkungen:

Durch das feste Bestellsystem, können wir Ihnen eine **hohe Termin-genauigkeit zusichern**. Wir möchten Sie aber deshalb auch bitten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit **nicht mehr** das umstrittene **Amalgam** verwenden. Gegen einen geringen Aufpreis verarbeiten wir gerne für Sie u.a. **biologisch verträgliche Mehrschicht- Komposit -Füllungen**.

Wir möchten Sie auch bitten, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mitzuteilen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam Dr. Röller

Dortmund, den.....

Unterschrift