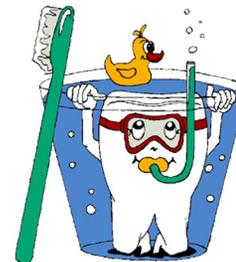


Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Thorsten Kurt

Die Gesundheit Ihrer Zähne hängt von vielen Faktoren ab. Mit dem sorgfältigen Ausfüllen dieses Fragebogens tragen sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand besser beurteilen und dies bei der Behandlung berücksichtigen können. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe!



A. Ihre persönlichen Daten

Patienten-Name:..... Vorname:..... geb.:.....

Versicherten-Name:..... Vorname:..... geb.:.....

PLZ/Ort:..... Straße/Hausnr:.....

Tel.:..... Mobil:..... eMail:.....

Beruf:..... Krankenkasse:.....

Arbeitgeber:..... Telefonnummer-Arbeitgeber.....

Name und Telefonnummer Ihres Hausarztes:.....

B. Allgemeinmedizinische Fragen

- | | ja | nein |
|---|----|------|
| 1. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? | 0 | 0 |
| 2. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Wenn ja, welche?..... | 0 | 0 |
| 3. Leiden Sie unter anderen Allergien?
Wenn ja, welche?..... | 0 | 0 |
| 4. Benötigen Sie ständig Medikamente?
Wenn ja, welche?..... | 0 | 0 |
| 5. Liegt eine Schwangerschaft vor?
Wenn ja, in welchem Monat?..... | 0 | 0 |
| 6. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?
- Immunschwäche (AIDS bzw. HIV-positiv) 0 0
- akute oder chronische Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs 0 0
z.B. Herzklappenfehler, Endokarditis, Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? 0 0
- Wie ist Ihr Blutdruck? 0 0 0
normal zu hoch zu niedrig
- Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? 0 0
- Hals/ Nasen/ Ohren 0 0
(Entzündungen der Kieferhöhle, Mandeln)
- Lunge/ Atemwege (Asthma/ Tuberkulose) 0 0
- Leber (Hepatitis) 0 0
- Rheuma/ Gelenkerkrankungen 0 0
- Andere innere Krankheiten (Diabetes, Schilddrüsen-/ Nierenerkrankungen, Augenerkrankungen usw.) 0 0 | | |
| 7. Sind Sie Raucher? | 0 | 0 |
| 8. Sind bei Ihnen MRSA-Keime (Krankenhauskeime) nachgewiesen worden? | 0 | 0 |
| 9. Tragen Sie Endoprothesen (künstliche Gelenke)? | 0 | 0 |

C. Spezielle und Zahnmedizinische Fragen

- | | ja | nein |
|---|----|------|
| 1. Sind Sie mit dem Zustand/ Aussehen Ihrer Zähne im Großen und Ganzen zufrieden? | 0 | 0 |
| 2. Leiden Sie unter Temperaturempfindlichkeiten an Ihren Zähnen? | 0 | 0 |
| 3. Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch (Blutung, Rückgang)? | 0 | 0 |
| 4. Haben Sie oft Kopfschmerzen? | 0 | 0 |
| 5. Haben Sie Schmerzen beim Öffnen bzw. Schließen des Mundes oder beim Kauen? | 0 | 0 |
| 6. Gibt es aktuelle Röntgenbilder Ihrer Zähne? | 0 | 0 |
| 7. Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? | 0 | 0 |

D. Informationsangebot

Über welche Themen möchten Sie informiert werden:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Implantate | 0 |
| Amalgamsanierung | 0 |
| Professionelle Zahnreinigung | 0 |
| Bleaching | 0 |
| Zahnpflegetechniken | 0 |
| Behandlung unter Lachgas | 0 |

E. Weitere Fragen

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Pflegestufe (Nachweis erforderlich)
Wenn ja, welche?..... | 0 | 0 |
| 2. Eingliederungshilfe | 0 | 0 |
| 3. Zahnzusatzversicherung | 0 | 0 |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Sollten sich die gemachten Angaben ändern, teilen Sie uns die Veränderungen bitte mit.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Praxis berechtigt ist, mir, bei Nichtwahrnehmung eines vereinbarten Termins, der nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurde, ein Ausfallhonorar privat in Rechnung zu stellen.

Die erhobenen Daten behandeln wir entsprechend der DSGVO.

.....
Datum

.....
Unterschrift