

**Wir treuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse Ihrer Behandlung sorgfältig aus. Bei eventuellen Fragen helfen wir gern.

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon (privat)	Handy	E-Mail
Beruf / Arbeitgeber	Telefon dienstlich	
Name der Versicherung/Krankenkasse m. Zweigstelle		

Ihr behandelnder Hausarzt:	Name	Ort
----------------------------	------	-----

Ich komme auf Empfehlung von:

**Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig

Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter
-------	-------------------------------------

**Gesundheitsfragebogen: - bitte beantworten Sie die Fragen so genau und vollständig wie möglich! -**

G Teilen Sie uns jeweils bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat G

**Gesundheitszustand: - bitte ankreuzen - Zusätzliche Informationen:**

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  ja  nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt  ja  nein
- Herzoperation  ja  nein
- Herzschrittmacher  ja  nein

**Infektionserkrankungen**

- HIV (AIDS)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein

**Allergien / Unverträglichkeiten**

- Lokalanästhetika  ja  nein
- Schmerzmittel  ja  nein
- Antibiotika  ja  nein
- Allergiepass vorhanden  ja  nein

**Weitere Erkrankungen**

- Blutgerinnungsstörungen / Nachbluten ?  ja  nein
- Asthma  ja  nein
- Lungenerkrankung  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Rheuma  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Nierenfunktionsstörungen  ja  nein
- Ohnmachtneigung  ja  nein

**Allgemeine Angaben**

Drogenkonsum  ja  nein  
Alkoholgenuss  ja  nein wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Raucher  ja  nein wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag  
Sonstige Erkrankungen  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein Entbindungstermin \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Falls Ja welche? (Medikamentenname & Dosis ) \_\_\_\_\_

Letzte Röntgenuntersuchung der Zähne (circa): \_\_\_\_\_

Besitzen Sie ein Bonusheft?  ja  nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Sind Sie mit einem regelmäßigem schriftlichen Erinnerungsservice (Recall) einverstanden?  ja  nein

**WICHTIGE INFORMATIONEN**

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, umgehend alle gesundheitlichen Veränderungen während des Behandlungszeitraumes mitzuteilen
- Mir ist bekannt, dass bei Nichteinhaltung eines Termins bei zeitintensiven Behandlungen eine Terminabsage 24 Stunden vorher erfolgen muss, da ansonsten die entstandenen Kosten für den Behandlungsausfall in Rechnung gestellt werden können.
- Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich alle abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift