

Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihnen eine möglichst angenehme und komplikationslose Behandlung zu garantieren, benötigen wir einige Angaben von Ihnen, die selbstverständlich absolut vertraulich behandelt werden.

1. Ihre persönliche Daten:

Nachname: Vorname: Geb.-tag:

Versicherter: Geb.-tag:

Anschrift

Straße: PLZ/Ort:

Telefon (freiwillige Angabe)

privat: geschäftlich: **mobil:**

Krankenversicherung:

gesetzlich privat beihilfeberechtigt/zusatzversichert

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie zutreffendes an:

2. Sind Sie von Zuzahlungen befreit? ja nein weiß nicht

3. Haben oder hatten Sie:

	ja	nein	weiß nicht
Zahnschmerzen			
Zahnfleischbluten			
Schlechten Atem			
Schlechte Erfahrungen mit Zahnbehandlungen			
Osteoporose			
Herz- Kreislaufbeschwerden			
Blutungsneigung			
Allergien / Heuschnupfen			
Infektionskrankheiten (Gelbsucht, Aids, usw.)			
Creutzfeld-Jakob-Krankheit			
Zuckerkrankheit			
Rheuma			
Leberkrankheit			
Schilddrüsenerkrankung			
Sind Sie schwanger?			
Sonstige Erkrankungen			
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?			
... Falls ja, welche?			
Besitzen Sie ein Bonusheft?			
Wann waren Sie zuletzt bei einem Zahnarzt			
Wann wurden Sie zuletzt im Zahnbereich geröntgt?			

Ort/Datum: Unterschrift: