

ANMELDE-FRAGEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherter (Name, Vorname, Geb.Dat.): _____ Ehegatte Vater / Mutter

Adresse: _____ Tel. privat: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Tel. geschäftl.: _____

Hausarzt (Name, Ort): _____ Krankenkasse*): _____

*)Gesetzlich versicherte Patienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht spätestens fünf Tage vor Ende eines Quartals vorliegt.

Wir bitten Sie, folgende Fragen zur Gesundheit gewissenhaft zu beantworten.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Allgemeines:	Ja	Nein
Sind Sie freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Zusatzversicherung oder sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Zustand Ihrer Zähne und dem Zahnfleisch zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kiefergelenksprobleme, Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Zahnersatz tragen, wie alt ist dieser? Ca. _____ Jahre		
Sind Sie mit dem Aussehen und der Funktion richtig zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie alles essen (Äpfel, Möhren, Kohlrabi, Kaugummi, Kuchen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? _____		

Wünschen Sie nur Schmerzbeseitigung oder legen Sie Wert auf eine umfassende Gesamtbehandlung?
 nur Schmerzbeseitigung weitergehende Beratung

Ist für Sie eine kosmetisch-ästhetische sowie auch funktionelle Versorgung wichtig?
 sehr nicht so sehr überhaupt nicht

Wünschen Sie eine besondere Beratung über folgende Behandlungsarten:

Professionelle Zahnreinigung / Prophylaxe

Alternativen zu Amalgam / zahnfarbene Füllungen

Zahnersatzlösungen, die auch Ihre ästhetischen Ansprüche befriedigen

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Durch wen wurden Sie empfohlen? _____

Medizinische Fragen:

	Ja	Nein
Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente regelmäßig ein? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie gegen bestimmte Medikamente oder Spritzen überempfindlich? Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Nur für Patientinnen) Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie jemals	Ja	Nein		Ja	Nein
Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis / Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- oder Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung / Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenkschwellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____		

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

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Unterschrift _____