

Sehr geehrte liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

Bitte helfen Sie uns eine auf Sie individuell abgestimmte Behandlung durchzuführen, indem Sie vorliegenden Gesundheitsfragebogen vollständig und gewissenhaft ausfüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Familienname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____ Geb.Datum: _____

Fam.Name Vers.: _____ Vorname Vers.: _____ Titel: _____

Krankenkasse _____ Vers.Nr.: _____ Geb.Datum: _____

Straße: _____ PLZ-Ort: _____ Tel.Privat: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____ Tel.Firma: _____

Tel.Mobil: _____ E-Mail: _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? Internet Empfehlung von _____

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE ZU UNS?

Kontrolle	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischprobleme	<input type="checkbox"/>	Probleme mit Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Beratung	<input type="checkbox"/>	Zahnsanierung	<input type="checkbox"/>	Prophylaxe	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>	Aphten, Fieberblasen	<input type="checkbox"/>
Herdsuche	<input type="checkbox"/>	Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Mundbrennen,-trockenheit	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____ Was wurde gemacht? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Für Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf ein Medikament oder eine Injektion? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikamente gegen Osteoporose, Metastasen)? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein? Welche? _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in allgemein ärztlicher Behandlung? _____

Falls Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____

Hatten Sie jemals oder haben Sie:

	Nein	Ja	Bemerkung
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz- oder Kreislaufprobleme (z.B. Infarkt, Bluthochdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eine ansteckende Krankheit (z.B. AIDS,HIV positiv, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie, Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schweres Rheuma, rheumatisches Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grünen Star?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anderere schwere Erkrankungen und/oder Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Fotografieren Ihrer Zähne werden bei Bedarf an unseren Zahntechniker weitergegeben!

Möchten Sie an Ihre halbjährliche Kontrolluntersuchung per Email oder SMS erinnert werden? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass wir **nicht eingehaltene Termine**, welche nicht wenigstens 24 Stunden vorher abgesagt wurden mit **mindestens € 70.- in Rechnung** stellen! Beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse weiters, dass nach der Verabreichung von Injektionen Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt ist! Änderungen der aufgelisteten Punkte bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse bekanntzugeben.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, Änderungen, speziell Erkrankungen und Einnahme von Medikamenten, bekanntzugeben.

Datum: _____ Unterschrift: _____