Strandstraße 33 · 23669 Timmendorfer Strand
Tel. 04503 - 21 10 · Fax 04503 - 77 91 27
info@diezahnzeit.de · www.diezahnzeit.de

Praxis für
Zahnheilkunde
DIE ZAHNZEIT.de
Katja Besekow
Zahnärztin

Patienten-Fragebogen

Patient/in

Vorname | Nachname | Geburtstag

Straße, Haus-Nr. | PLZ, Ort

Telefon (privat) | Telefon (Mobil) | Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Krankenkasse

Name der Krankenkasse/Versicherung

Gesetzlich versichert: Ja ☐ Nein ☐ Privat versichert: Ja ☐ Nein ☐ Privat versichert
Beihilfeberechtigt: Ja ☐ Nein ☐ Zusatzversicherung: Ja ☐ Nein ☐ - im Basistarif: Ja ☐ Nein ☐

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben der zahlungspflichtigen Person ergänzen:

Vorname (Zahlungspflichtiger) | Nachname (Zahlungspflichtiger) | Geburtstag (Zahlungspflichtiger)

Straße, Haus-Nr. (Zahlungspflichtiger) PLZ, Ort (Zahlungspflichtiger)

Behandelnder Arzt / Hausarzt

Vorname | Nachname | Telefon

Wichtige medizinische Informationen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche/wie viel?

Reagieren Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, auf welche?

Besitzen Sie einen Allergie-Pass? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie schwanger? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, in welchem Monat?

Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

Herz

Zustand nach Infarkt — Ja ☐ Nein ☐
Herzinsuffizienz — Ja ☐ Nein ☐
Rythmusstörungen — Ja ☐ Nein ☐
Muskelentzündung — Ja ☐ Nein ☐
Herzklappenersatz — Ja ☐ Nein ☐
Schrittmacher — Ja ☐ Nein ☐
Bypass OP — Ja ☐ Nein ☐

Kreislauf

Niedriger Blutdruck — Ja ☐ Nein ☐
Bluthochdruck — Ja ☐ Nein ☐

Vegetatives Nervensystem

Migräne — Ja ☐ Nein ☐
Epilepsie — Ja ☐ Nein ☐

Augen

Grauer Star — Ja ☐ Nein ☐
Grüner Star — Ja ☐ Nein ☐

Atemweg/Lunge

Asthma — Ja ☐ Nein ☐
Bronchitis — Ja ☐ Nein ☐

Magen-Darm-Trakt

Magenerkrankungen — Ja ☐ Nein ☐
Darmerkrankungen — Ja ☐ Nein ☐

Blasen-Nierenerkrankung

Nierenerkrankungen — Ja ☐ Nein ☐
Dialyse — Ja ☐ Nein ☐

Lebererkrankung

Hepatitis — Ja ☐ Nein ☐

Bewegungsapparat

Rheuma — Ja ☐ Nein ☐
Rheumatoide Arthritis — Ja ☐ Nein ☐

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes — Ja ☐ Nein ☐
Schilddrüsenüberfunktion — Ja ☐ Nein ☐
Schilddrüsenunterfunktion — Ja ☐ Nein ☐
Osteoporose — Ja ☐ Nein ☐
Blutgerinnungsstörung — Ja ☐ Nein ☐
HIV bzw. AIDS — Ja ☐ Nein ☐
Tuberkulose — Ja ☐ Nein ☐
Tumorerkrankungen — Ja ☐ Nein ☐
(Bestrahlungen/Chemotherapie) — Ja ☐ Nein ☐

Andere Erkrankungen

_____

_____

Wichtige administrative Informationen

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen mind. 5 Jahre fortlaufend) Ja ☐ Nein ☐

Wie möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontroll- und/oder Prophylaxe-Termine erinnert werden? ☐ Ja, per E-Mail ☐ Ja, per Telefon ☐ Ja, per SMS

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

_____

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, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden (§304 / §615 BGB).

Für nicht vorgelegte Gesundheitskarten, die spätestens innerhalb von 10 Tagen nachgereicht werden, erfolgt eine private Rechnungslegung.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe

Niendorf, den
Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Liebe/r Patient/in

die moderne Zahnmedizin bietet eine Reihe von Möglichkeiten, die wir Ihnen zur Verfügung stellen möchten. Die nachfolgenden Antworten sind für unsere Zusammenarbeit mit Ihnen wichtig, um gemeinsam den für Sie geeigneten Behandlungsweg planen zu können.

Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate zur zahnärztlichen Untersuchung oder Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Leiden oder litten Sie öfter an Zahnfleischbluten? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wünschen Sie Informationen über die professionelle Zahnreinigung (Entfernung aller Beläge und Ablagerungen) und ggf. sanfte Parodontose-Behandlungen? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Ja ☐ Nein ☐

Möchten sie Möglichkeiten kennen lernen, wie Sie Ihre Zähne ein Leben lang gesunderhalten können? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie an festsitzendem bzw. festem Zahnersatz auf neuen Zahnwurzeln (Implantaten) interessiert? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie noch weitere Fragen oder Wünsche an uns?