

Zahnarzt Praxis Seligenthaler Straße

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Wenn Sie etwas nicht verstehen oder Unterstützung benötigen, sagen Sie uns bitte Bescheid. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit der Übermittlung üblicher Informationen (Arztbrief, Telefonat) an die angegebenen Ärzte bin ich einverstanden.

Name			
Vorname			
Geburtstag			
Straße			
PLZ/Wohnort			
Tel.			
E-Mail			
Beruf			
Hausarzt			
Rechnungsempfänger bei Minderjährigen und Patienten mit Betreuer			
Hauptversicherter			
Privatversichert bei			
Gesetzlich versichert bei			
Private Zusatzversicherung bei			
	Ja	Nein	Sonstiges/Begründung/Welche
Beihilfe			
Ich habe Kostenerstattung gewählt			
Reduzierte Tarife			
Haben Sie gegenwärtig irgendwelche Allgemeinbeschwerden?			
Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Weshalb?			
Haben Sie eine Allergie?			
Nehmen sie (zurzeit) Medikamente ein?			

Bitte wenden 

	Ja	Nein	Sonstiges/Begründung/Welche
Wann wurden Sie zuletzt im Gesichtsbereich geröntgt?			
Haben Sie ansteckende Erkrankungen? (z.B. AIDS, Hepatitis,...)			
Rauchen Sie?			
Gab es schon Probleme bei Zahnbehandlungen?			
Haben Sie Angst vor Behandlungen?			
Haben Sie oft Schwindelanfälle?			
Sind Sie Bluter oder haben Blutgerinnungsstörungen?			
Sonstige Blutkrankheiten?			
Haben Sie Herzerkrankungen oder eine Herzschwäche? (z.B. Herzfehler, Herzschrittmacher,...)			
Haben Sie Kreislaufprobleme? (z.B. Bluthochdruck, niedriger Blutdruck,...)			
Haben Sie Lungenerkrankungen? (z.B. Atemnot, Asthma,...)			
Augenerkrankung?			
Nierenerkrankung?			
Rheuma?			
Diabetes? (Zuckererkrankung)			
Schilddrüsenerkrankung?			
Nervenerkrankung?			
Tumorerkrankung?			
Gemütskrankung? (z.B. Depression,....)			
Sind Sie mit Ihrer eigenen Zahnstellung/-farbe zufrieden?			
Woher kennen Sie unsere Praxis?			

_____ Datum

_____ Unterschrift

