

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen, Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit.

Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf unterschiedlichste Krankheiten haben können. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Privat versichert freiwillig gesetzlich versichert Pflichtversichert GKV Privat-Basis-Tarif

Versicherte Person: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Mobil-Telefon _____ Telefon geschäftlich _____

Was ist der Grund Ihres Besuches?

(z.B.: Schmerzen, Zahnfleischbluten etc.): _____

Tragen Sie Zahnersatz? JA, festsitzend Implantat(e) herausnehmbar
 NEIN

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

JA Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
 NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

JA Wenn ja, welche? _____
 NEIN

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? JA NEIN _____

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit?

Haben Sie einen Allergiepaß? JA NEIN ausgestellt von: _____

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? JA _____
 NEIN

Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? JA, mit dem Ergebnis? _____
 NEIN

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Herzschwäche zu hoher Blutdruck zu niedriger Blutdruck Herzasthma
 unregelmäßiger Herzschlag Ohnmachtsanfälle Herzschrittmacher Zuckerkrankheit
 Herzklappenfehler o. Herzklappenprothesen Herzinnenhautentzündung Herzoperationen

Haben Sie einen Herzpaß? Ausgestellt von: _____

Zustand nach Herzinfarkt Magen- Darmerkrankung Zustand nach Schlaganfall
 Hirnhautentzündung Leberentzündung Schilddrüsenerkrankungen
 Gelbsucht? epileptiforme Anfälle Tuberkulose Krämpfe
 Blutarmut Chronische Atemwegserkrankung Nierenerkrankung

Sonstiges? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? JA, welche? _____
 NEIN

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? JA, in welchem Monat? _____
 NEIN

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?
 JA, wo? _____
 NEIN

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? JA
(Recall) NEIN

Dürfen wir Sie auch anrufen? JA
 NEIN

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch?

Interessieren Sie sich für die Zukunft Ihrer Zähne? JA
 NEIN

Interessieren Sie sich für die Möglichkeiten zum langfristigen Erhalt Ihrer Zähne?
 JA
 NEIN

Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne wichtig? JA
 NEIN

Wünschen Sie eine gezielte Beratung?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, über Karies- und Parodontosevorsorge | <input type="checkbox"/> Ja, über Zahnfarbtaufhellungen |
| <input type="checkbox"/> Ja, zur Zukunft meiner Zähne | <input type="checkbox"/> Ja, über Implantate |
| <input type="checkbox"/> Ja, über professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Ja, über Gold- bzw. Keramikrestorationen |
| <input type="checkbox"/> Ja, über Amalgamaustausch und Alternativmaterialien | <input type="checkbox"/> Ja, zu ganzheitlicher Zahnmedizin, Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Ja, zu Kieferorthopädie im Erwachsenenalter | <input type="checkbox"/> Ja, zu Sonstigem |

Wie heißt Ihr Hausarzt? _____

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? JA, von wem? _____
 NEIN

Sonstige Anmerkungen:

Eine örtliche Betäubung (Anästhesie) hat zur Folge, dass Sie ca. 2 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Planung Ihrer Behandlungstermine.

Wir möchten Sie bitten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit nicht mehr das umstrittene Amalgam verwenden. Wir beraten Sie gerne über alternative Füllungsmaterialien.

Wir möchten Sie auch bitten, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mitzuteilen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam

DATUM:

UNTERSCHRIFT:

Brückenstraße 7
53783 Eitorf
© 02243 3032
Fax 02243 844373

