

# PATIENTENFRAGEBOGEN



Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Vor der Diagnostik Ihrer Zahngesundheit geben Sie uns bitte neben Ihren Personalien auch Angaben zu Ihrem Allgemeinen Gesundheitszustand. Für uns sind genaue Angaben wichtig, um Sie und Ihre Mundgesundheit individuell begleiten zu können.

Sollten sich zukünftig Änderungen Ihrer persönlichen Daten ergeben, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen. **Ihr Praxisteam Dr. Kuntsch**

## PATIENT / IN

Herr / Frau / Kind

|                                       |  |                                       |  |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Name                                  | Vorname                                    | Geburtsdatum                          |  |
| Straße / Nr.                          |  | PLZ                                   | Ort  |
| Telefon - privat                      |  | Telefon - mobil                       |  |
| E-Mail                                |  |                                       |  |
| Beruf                                 |  | Arbeitgeber                           |  |
| Ort Arbeitgeber                       |  | Telefon - Arbeit                      |  |
| <input type="checkbox"/> Schüler / in | <input type="checkbox"/> Auszubildende / r | <input type="checkbox"/> Student / in | Newsletter erwünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

## MITGLIED / ZAHLUNGS- PFLICHTIGER

(bei Kindern  
Erziehungsberechtigter)

|                |               |              |     |
|----------------|---------------|--------------|-----|
| Name           | Vorname       | Geburtsdatum |     |
| Straße / Nr.   |               | PLZ          | Ort |
| Telefon privat | Telefon mobil | E-Mail       |     |

## NAME DES KOSTENTRÄGERS

(Krankenkasse  
oder Versicherung)

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> nicht versichert             |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert | <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert |  |  |
| <input type="checkbox"/> privat krankenversichert     | <input type="checkbox"/> nach Standardtarif      | <input type="checkbox"/> nach Basistarif |  |
| <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt           |  |  |  |

## IHR HAUSARZT

|              |         |     |     |
|--------------|---------|-----|-----|
| Name         | Telefon |     |     |
| Straße / Nr. |         | PLZ | Ort |

WIE / DURCH WEN  
WURDEN SIE AUF  
MEINE PRAXIS  
AUFMERKSAM?

BESONDERE  
WÜNSCHE

## FOLGENDE ANGABEN FALLEN SELBSTVERSTÄNDLICH UNTER DIE ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT.

### GESUNDHEITZUSTAND ALLGEMEIN

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- |                                 |   |                   |   |                 |   |
|---------------------------------|---|-------------------|---|-----------------|---|
| HIV-Infektion                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzerkrankung    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis A / B / C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzinfarkt       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie)       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rheuma          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma (schwere Atemnot)        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Osteoporose     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Hatten / haben Sie andere Erkrankungen?

welche?

2. Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien?

ja  nein

wenn ja, welche?

3. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

ja  nein

wenn ja, welche?

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja  nein

wenn ja, welche?

5. Rauchen Sie?

ja  nein

6. Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein

ungewiss

ggf. wievielte Woche?

### GESUNDHEITZUSTAND ZAHN-MUND-BEREICH

1. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund-/Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

ja  nein

Jahr

Art der Verletzung

2. Schmerzen am Kopf / Nacken?

ja  nein

3. Geräusche im Kiefergelenk z. B. beim Gähnen, Kauen?

ja  nein

4. Knirschen Sie?

ja  nein

5. Kieferorthopädische Behandlung?

keine

abgeschlossen

in Durchführung

6. Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang?

ja  nein

7. Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?

ja  nein

8. Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich behandelt?

Wann geröntgt?

9. Sind Sie an der Gesunderhaltung Ihrer Zähne interessiert?

ja  nein

### WICHTIGE INFORMATIONEN

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Wir sind eine Bestellpraxis, das heißt, der vereinbarte Termin wird speziell für Sie reserviert. Wir bitten darum, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage zuvor abzusagen. Damit erweisen Sie uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen.

- Wir weisen darauf hin, dass bei verschiedenen Behandlungen (z. B. adhäsive Rekonstruktionen, professionelle Zahnreinigung, Wurzelbehandlungen etc.) private Zuzahlungen vereinbart werden können, um unseren hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten.
- In Zusammenarbeit mit der ABZ-ZR (Abrechnungsinstitut) können wir Ratenzahlungen zustimmen, welche je nach Länge der Laufzeit zinsfrei oder niedrig verzinst sind.

**Ich habe die abgedruckten Informationen gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet.**

**Jährliche Bestätigung des Gesundheitszustandes**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_