



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen **vollständig** aus. Sie tragen dazu bei, daß wir Ihren Gesundheitszustand richtig beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können.
Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Zuname:.....
Titel:..... Vorname:

Versicherungsnummer: _ _ _ _ _ Geburtsdatum: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _

Adresse..... Telefon / Privat:

..... Telefon / Mobil:.....

Krankenkasse: :..... Telefon / Dienst:

Zusatzversicherung (Zahn): Beruf:.....

BEI KINDERN / MITVERSICHERTEN:

Hauptversicherter / Name: Hauptvers.Nummer: _ _ _ _ _

Hauptver.Geb: _ _ . _ _ . 19 _ _

Weshalb kommen Sie zu uns?

Leiden Sie unter **Allergien oder Unverträglichkeiten** (Medikamente, Nahrungsmittel)?

Wenn ja, welche? Ja / Nein

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

Wenn ja, welche? Ja / Nein

.....

Ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen? Ja / Nein

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten!

Hämophilie (Bluterkrankheit) Ja / Nein Blutungsneigung Ja / Nein

Bluthochdruck (Hypertonie) Ja / Nein

Herzerkrankungen Ja / Nein - Herzinfarkt Ja / Nein

Herzschrittmacher Ja / Nein

Nehmen Sie **Blutgerinnungshemmende Medikamente**?

Wenn ja, welche? Ja / Nein

Infektiöse Erkrankungen Ja / Nein

HIV+ (AIDS) Ja / Nein

Infektiöse Hepatitis (Gelbsucht, Lebererkrankung) Ja / Nein

Sind Sie derzeit **schwanger**? Ja / Nein



RÜCKSEITE BEACHTEN !!!



Geschlechtskrankheiten Ja / Nein

Tuberkulose Ja / Nein

Glaukom (grüner Star) Ja / Nein

Arthrose (Gelenkserkrankungen) Ja / Nein

Nierenleiden Ja / Nein

Kollapsneigung Ja / Nein

Epilepsie, Krampfleiden Ja / Nein

Sonstige Erkrankungen oder Operationen
Wenn ja, welche? Ja / Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja / Nein

Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden?
Wenn ja, welche? Ja / Nein

Wann wurde das letzte Panoramaröntgen gemacht?

BEI FOLGENDEN LEISTUNGEN HANDELT ES SICH UM PRIVATLEISTUNGEN DIE NICHT VON DER SOZIALVERSICHERUNG RÜCKERSTATTET WERDEN:

Wünschen Sie regelmäßig eine **professionelle Zahnreinigung** bzw. **Prophylaxesitzung**? Ja / Nein

Wünschen Sie eine **qualitativ hochwertige Versorgung**? Ja / Nein

- Zahnfarbene Füllungen aus Kunststoff
- Goldinlays
- Keramikinlays (zahnfarben)
- Kronen / Brücken / festsitzender Zahnersatz
- Implantate

Wollen Sie rechtzeitig (schriftlich) zum nächsten **Kontrolltermin eingeladen** werden? Ja / Nein

Wie sind sie zu uns gekommen (durch Freunde, Verwandte, Anzeigen, ...)?

.....

Die Verrechnung des Honorars erfolgt in BAR, direkt nach der Behandlung in der Ordination.
Sie erhalten eine Honorarnote (Rechnung) und senden diese an ihre Kasse.

Bei Terminabsagen bitten wir um rechtzeitige Bekanntgabe!

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Böheimkirchen, am _____
Datum

Patienten-Unterschrift Vor-/Zuname