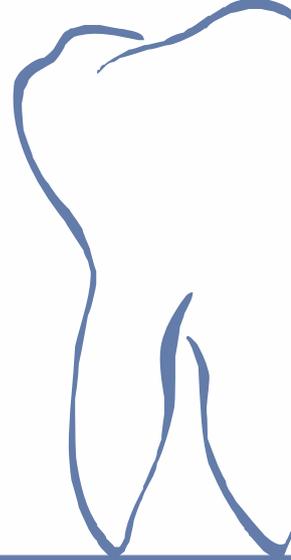


Dr. med. dent. Daniel Wolf

ZAHNARZT



Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Wolf.

Mit Wertschätzung, Sorgfalt und Ehrlichkeit möchten wir Ihr Vertrauen gewinnen. Uns liegt viel daran, Ihre Beschwerden zügig und schonend zu beseitigen und Ihre Zähne auf Dauer gesund zu erhalten. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand gewissenhaft auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Persönliches

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____	
Straße	PLZ, Ort	
_____	_____	_____
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
_____	_____	
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Krankenkasse		

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Jameda Google Persönliche Empfehlung

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Kontrolle Beratung Schmerzbehandlung
 Neuer Zahnersatz Zahnreinigung
 Sonstiges: _____

bitte wenden

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organ-/Stammzellentransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
größere OP in letzter Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, welche:

Herzmedikamente: _____

Cortison: _____

Schmerzmittel: _____

Antidepressiva: _____

blutverdünnende Medikamente
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin): _____

Bisphosphonate: _____

Sonstige: _____

Nehmen Sie Drogen?

Rauchen Sie?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche: _____

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? / Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme, Blutungen beim Zähneputzen, Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher halbjährlich / jährlich professionell gereinigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderes Anliegen?		

Wir versuchen Wartezeiten zu vermeiden bzw. kurz zu halten, deshalb vereinbaren wir mit Ihnen einen Termin, der nur für Sie reserviert ist. Wenn Sie ohne abzusagen nicht erscheinen, entstehen für unsere Praxis Ausfallkosten. Wir bitten Sie daher Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 h vorher telefonisch abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Hiermit bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift