

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient:	_____		
	Name	Vorname	geb.

Versicherter / Zahlungspflichtiger / Gesetzl. Vertreter:	_____		
(Falls abweichend)	Name	Vorname	geb.

Anschrift:	_____		
	Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort	

E-mail: _____

Telefon/Mobil: _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____

freiwillig versichert Zahnszusatzversichert

Private Krankenversicherung: _____

Vollversicherung Beihilfeversicherung Basistarif

Beruf / Arbeitgeber: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Sind Sie schon einmal im Kopf- / Kieferbereich geröntgt worden? (Wenn ja: wann?) _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? (Wenn ja: in welchem Monat?) _____

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Wenn ja: welche?) _____

Liegt eine Medikamentenunverträglichkeit vor? (welche?) _____

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente? _____

Erhalten / erhielten Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate?) Ja Nein

BITTE WENDEN

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?	JA	NEIN
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?		
Kreislaufkrankungen (hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)		
Blutkrankheiten (Blutarmut, Gerinnungsstörungen)		
Stoffwechselstörungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) zutreffendes bitte unterstreichen		
Infektionskrankheiten (Aids, Hepatitis B, Tbc, Creutzfeld-Jakob-Krankheit)		
Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)		
Gehirn- und Nervenerkrankungen (Anfallsleiden, Depression)		
Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheuma)		
Nierenerkrankung oder Lebererkrankung?		
Sonstige Erkrankungen (Wenn ja: welche?)		
Zahnmedizinische Auskünfte	JA	NEIN
Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?		
Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?		
Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch (Zahnspange) behandelt worden?		
Würden Sie sich selbst als Angstpatient /in beschreiben?		

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihre Verhinderung anzuzeigen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sog. Recall-Service an. Sie werden von uns halbjährlich angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie keine Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche keine Teilnahme an dem Email-Recall-Service:

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in / Gesetzlicher Vertreter/in

Bei Rückfragen Stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam Legros Zahnärzte