



Praxis Dr. Thomas Petersen für Implantologie, Parodontologie und Ästhetische Zahnmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. **Bitte füllen sie deshalb diesen Fragebogen aus.** Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, wie auch für eine fachgerechte medizinische Behandlung sowie Beratung notwendig. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Name/Vorname: _____
(Versicherter)

Geburtsdatum: _____

Mobil-Nummer: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (dienstlich): _____

Emailadresse: _____

Beruf: _____

Ihr behandelnder Hausarzt: _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

privat versichert

pflichtversichert

freiwillig versichert

beihilfeberechtigt

Bonusheft vorhanden

private Zusatzversicherung

Besteht eine Pflegestufe?

Nein

Ja, folgende:

Herzerkrankung (auch Herzschrittmacher)?

Nein

Ja, folgende:

Erkrankung des Blutes?

Nein

Ja, folgende:

Leiden Sie an Allergien?

Nein

Ja, folgende:

Bestehen sonstige Erkrankungen?

Nein

Ja, folgende:

Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein

Ja, folgende:

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Nein

Ja, folgende:

Ist Ihr Blutdruck normal?

Ja

Nein

zu hoch

zu niedrig

Besteht eine der folgenden Erkrankung (bitte zutreffendes ankreuzen)?

Gelbsucht

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Immunschwäche (Aids)

Schilddrüsenerkrankung

Asthma

Rheuma

Magen-/Darmerkrankung

Nervenerkrankung

Multiresistente Erreger (MRSA, ESBL, VRE, Clostridien)

letzter Krankenhausaufenthalt _____

> bitte weiter auf S. 2

Praxis Dr. Thomas Petersen
für Implantologie, Parodontologie und Ästhetische Zahnmedizin

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen, auf einer Skala 1 – 10? Zahl: _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Nein Ja

Leiden Sie an Schlafstörungen? Nein Ja

Haben Sie Füllungen oder Kronen? Nein Ja

Möchten Sie Karies auf Dauer durch gezielte Therapie vermeiden? Nein Ja

Leiden Sie manchmal an Zahnfleischbluten? Nein Ja

Wenn ja, möchten Sie etwas gegen das Zahnfleischbluten tun? Nein Ja

Wurde bei Ihnen schon mal eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? Nein Ja

Haben Sie schon einmal eine Zahnspange getragen? Nein Ja

Wurden schon einmal OPs im Kiefer oder Gesichtsbereich durchgeführt? Nein Ja

Leiden Sie an Mundgeruch? Nein Ja

Haben Sie schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie schon einmal wegen Kieferschmerzen einen Zahnarzt aufgesucht? Nein Ja

Sind Sie bisher regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung gegangen? Nein Ja

Möchten Sie gerne von uns an Ihren halbjährlichen Zahnarztbesuch erinnert werden? Nein Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Anzeige Praxisschild Telefonbuch Empfehlung, durch _____

Zu einer guten Zusammenarbeit gehört für uns auch eine **gute Terminplanung**, um Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Dabei sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Wir bitten deshalb höflich, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, **rechtzeitig** abzusagen. Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (min. 24 Stunden vor dem Behandlungstermin) in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank!