

Gesundheitsfragebogen

Um bei Ihrer Behandlung alle Risiken einschätzen zu können und die für Sie optimale Therapie zu wählen, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name (Patient)	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum)		Plz., Ort
Telefon / Mobilfunknummer		E-Mail

Wo sind Sie krankenversichert? _____
 (Name der Krankenkasse)

Ich habe Interesse an einem Recall per: SMS Tel. E-Mail
 gesetzlich freiwillig versichert beihilfeberechtigt Pflegestufe/welche ? 1 2 3 4 5
 zusatzversichert (Welche Versicherung?) _____
 privat (Welche Versicherung?) _____

Ich bin nicht in einem Standard- o. Basistarif versichert
 Welchen Bonusanspruch haben Sie? _____%

Angaben zu Ihrer Gesundheit	Ja	Nein	Erläuterung
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Geräusche im Bereich des Kiefers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten:			
•Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Blutgerinnungsstörungen Nehmen Sie regelmäßig hiergegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Diabetes <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II („Altersdiabetes“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Herz-Kreislaufkrankungen (Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschrittmacher etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis/Tuberkolose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurden Sie in den vergangenen Jahren operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurden Sie kürzlich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ihre Wünsche und Bedürfnisse

Haben Sie Interesse an einer Implantat- Versorgung?

ja nein

ich hätte gerne mehr Informationen

Haben Sie Interesse an einer Prophylaxe/Zahnreinigung?

ja nein

ich hätte gerne mehr Informationen

Interessieren Sie sich für hochwertige, zahnfarbenen Füllungstherapien?

ja nein

ich hätte gerne mehr Informationen

Empfinden Sie Angst /Unwohlsein vor der Behandlung?

ja nein

Sind Sie zufrieden mit der Farbe/Form Ihrer Zähne?

ja nein

Haben Sie weitere Wünsche oder Bedürfnisse?

ja nein

Kommen Sie auf Empfehlung?

ja nein

Wem dürfen wir für die Empfehlung danken? _____

Ich bin damit einverstanden, auf notwendige oder sinnvolle Untersuchungen/Behandlungen auch telefonisch, schriftlich über E-Mail oder per SMS hingewiesen zu werden.
(Sichern Sie Ihren Bonusanspruch.)

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Falls sich mein Gesundheitszustand ändert, teile ich es Ihnen mit.

Datum

Unterschrift

Wir führen eine Bestellpraxis, d.h. vereinbarte Termine sind ausdrücklich für Sie reserviert. Deshalb bitten wir darum, Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig (mind. 48 Stunden vorher) abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei Nichterscheinen eine Ausfallgebühr von 200 € pro Stunde geltend machen müssen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit diesen Bedingungen einverstanden.

Datum

Unterschrift