

Herzlich willkommen in der Praxis Dr. Simon und Partner



BITTE LÄCHELN

Patient: Name _____ Vorname _____ Geb.dat. _____

Versicherter: Name _____ Vorname _____ Geb.dat. _____

Gesetzl. Krankenkasse pflichtversichert freiwillig versichert
 Privatversicherung ja nein **Beihilfe** ja nein
 Von Zuzahlungen befreit ja nein **Arbeitgeber** _____

Anschrift: PLZ _____ Ort _____ Straße _____
 Tel. privat _____ Tel. gesch. _____ mobil _____
 E-Mail _____

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.
 Deswegen bitten wir Sie, folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten.
 Ihre Angaben und Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

	Ja	Nein
Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente eingenommen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon ungewöhnliche Reaktionen auf bestimmte Stoffe / Spritzen / Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie (häufiger) an

Schwierigkeiten mit lang andauerndem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufstörungen (niedriger/hoher Blutdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankungen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krämpfe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis (Leberentzündungen/Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweres Rheuma (Fieber, Gelenkschwellungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen (Herzschwäche, Herzasthma, Herzschrittmacher)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einer anderen Erkrankung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, an welcher? _____		

Heutiges Datum _____

Unterschrift _____

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und stehen Ihnen mit Rat und Tat zur Seite!
www.zahnarzt-simon.de

Wenn Sie eine umfassende zahnmedizinische Beratung wünschen, würden wir uns über weitere freiwillige Angaben freuen.

Besonderes

	Ja	Nein
Atmen Sie häufig durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie mehr als 10 Zigaretten/Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie alt ist Ihr evtl. vorhandener Zahnersatz? ca. Monate / Jahre		
Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? vor ca. Monaten / Jahren		

Angaben zu Ihrem Kind

Nimmt es Fluoridtabletten ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Zahnpasta wird benutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuckelt das Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnmedizinische Anamnese

Leiden Sie (häufiger) an

Herpes, Fieberbläschen, Mundverletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit, Mundbrennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimhautproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenkschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneknirschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welches Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?

Handzahnbürste <input type="checkbox"/>	Zahnseide <input type="checkbox"/>
Elektr. Zahnbürste <input type="checkbox"/>	Zwischenraumbürstchen <input type="checkbox"/>
Schallzahnbürste <input type="checkbox"/>	Zahnhölzer / Parosticks <input type="checkbox"/>

Sind Sie an einer umfassenden Zahnbehandlung interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit einer schriftlichen Terminbenachrichtigung (Recall) einverstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen regelmäßig Fachinformationen rund um die Zahnmedizin und unser Angebot zukommen lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Heutiges Datum _____

Unterschrift Patient/in _____