

identical - Zahnheilkunde und Prophylaxe

Dr. Steffen Bethke & Dr. Thomas Bethke

Rothenbaumchaussee 5 – 20148 Hamburg
Telefon: 040/41917788 – Telefax: 040/46966880
info@identical-praxis.de

Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welche Sportart? _____

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag: _____

Sind Sie der Hauptversicherte? ja nein

Wenn nein, wer ist der Hauptversicherte?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Abweichende Rechnungsanschrift? nein

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Wie sind Sie krankenversichert?

Gesetzlich bei _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

nein ja. Welche?: _____

Privat bei _____

Standard-/Basistarif? ja nein

Beihilfeberechtigt? ja nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Sonstiger Grund _____

Zahnärztliche Behandlungen:

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Untersuchung/Behandlung? _____

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen im Zahn-/Kieferbereich bei Ihnen gemacht? _____

Hatten Sie bereits eine professionelle Zahnreinigung? nein ja. Wann? _____

Wie betreiben Sie die Zahnzwischenraumpflege?

Noch nicht. Zahnseide Interdentalbürstchen sonstiges: _____

Bitte beachten Sie die folgenden zwei Seiten.

- Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
- Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein
- Haben Sie Mundgeruch bemerkt oder den Verdacht, dass Sie welchen haben? ja nein
- Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja nein
- Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
- Haben Sie ein Schiene (z.B. Knirscherschiene)? ja nein
-
- Schnarchen Sie oder Ihre Partnerin/Ihr Partner? ja nein
- Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? ja nein
- Beobachtet Ihre Partnerin/Ihre Partner Atemaussetzer bei Ihnen? ja nein
-
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? ja nein
- Wünschen Sie eine Beratung zu einem bestimmten Thema? _____ ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

- Leiden Sie an einer Allergie? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? _____ ja nein
- Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? _____ ja nein
- Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? _____ ja nein
- Haben Sie einen hohen Blutdruck? niedrigen Blutdruck? ja nein
- Haben Sie Diabetes? ja nein
- Haben Sie eine Augenerkrankung (z.B. grüner Star)? _____ ja nein
- Haben Sie eine Nierenerkrankung? _____ ja nein
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein
- Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? _____ ja nein
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein
 HIV Hepatitis B Hepatitis C

- Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

- Leiden Sie unter Migräne? ja nein
- Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____ ja nein

- Möchten Sie eine Terminerinnerung durch eine SMS ja nein

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich Versicherter dazu verpflichtet bin, meine Versicherungskarte binnen 10 Tagen vorzulegen. Anderenfalls werden die erbrachten Leistungen in Privatrechnung nach GOZ gestellt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Hamburg, _____