

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Erwartungen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Die ist wichtig für eine individuelle und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie, uns künftige Änderungen umgehend mitzuteilen.

Gesundheitsfragebogen

Allgemeine Angaben			
Name		Vorname	
Geburtsdatum			
Straße		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail		Beruf	
Arbeitgeber		Telefon Arbeit	
Krankenkasse/Versicherung			
Hauptversicherter		Geburtsdatum	
Ihre Krankenkasse		Mitgliedsnummer	
Versicherung gesetzlich	pflichtversichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Zusatzversicherung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versicherung privat	Beihilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Basistarif	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?			
<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> sonstiges:			
Überwiesen von			

Ja, ich möchte im Rahmen des Recall-Systems an meinen nächsten Kontrolltermin erinnert werden (dieser Service ist kostenlos und kann jederzeit widerrufen werden).

Mein Hausarzt	Welche Medikamente nehmen Sie ein?
Name	
Straße	
Ort	
Telefon	
E-Mail	

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzmuskelentzündung/Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Thrombose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien und Unverträglichkeiten	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Jod	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Latex	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstige:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hepatitis <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Reflux	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Depressionen/Angstzustände	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Epilepsie/Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	HIV-positiv/AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ihr Besuch bei uns

Was ist Ihr Hauptanliegen?

Liegen Probleme oder Beschwerden vor?

Wann und wo war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Hatten Sie schon einmal eine Professionelle Zahnreinigung? ja nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/Halsbereich geröntgt? ja nein

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein

Hätten Sie gerne weißere Zähne? ja nein

Stört Sie Ihre Zahnstellung? ja nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Wünschen Sie eine Behandlung mit Betäubung (Anästhesie)? ja nein

Über folgende Behandlung möchte ich gerne mehr erfahren:

- Zahnfarbene Füllungen
- Zahnaufhellung/Bleaching
- Zahnfreundliche Ernährung
- Zahnersatz
- Professionelle Zahnreinigung
- Implantate
- Kiefergelenkserkrankungen/Schientherapie
- Zahnfleischerkrankungen
- sonstiges:

Anästhesie-Aufklärung

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung der Schmerzempfindung, wodurch wir Sie in der Regel schmerzfrei behandeln können. Die Lokalanästhesie ist ein sehr sicheres Verfahren, dennoch kann es zu Unverträglichkeiten und folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße im umliegenden Gewebe und Einblutungen kann es vorübergehend zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen kommen.

Nervschädigung: In sehr seltenen Fällen kann eine Irritation der Nervenfasern eintreten, welche Gefühlsstörungen im entsprechenden Gebiet verursachen kann.

Selbstverletzung: Verzichten Sie auf Nahrungsaufnahme solange das Taubheitsgefühl anhält. Neben Bissverletzungen sind Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

JA, ich bin mit meiner Datenübernahme nach dem Verkauf der Zahnarztpraxis Cichy an Frau Dr. Staarmann einverstanden

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift