

Zahnmedizinisches Zentrum

- Ästhetische Zahnheilkunde
- Implantologie
- Laserbehandlung
- Chirurgie
- Parodontologie
- Endodontie
- Prophylaxe
- Bleaching



Fragebogen zur Gewährleistung einer optimalen zahnärztlichen Behandlung

Im allgemeinen sind die üblichen Behandlungsmaßnahmen durch den Zahnarzt, wie Bohren, Schleifen oder Zahnziehen, risikoarm. Um jedoch Vorerkrankungen zu erkennen und die zahnärztliche Behandlung gezielt darauf abzustimmen, bitten wir Sie, die Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit zu beantworten. (Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.)

A. FRAGEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT

Herz Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris) ja nein
 Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein
 Unregelmäßiger Herzschlag (Arrythmie) ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Künstliche Herzklappe ja nein

Kreislauf Erhöhter Blutdruck ja nein
 Zu niedriger Blutdruck ja nein

Blut Blutarmut (Anämie) ja nein
 erhöhte Blutungsneigung ja nein
 Einnahme gerinnungshemmender
 Medikamente (z.B. Marcumar, Aspirin, ASS) ja nein

Lunge Astma / chronische Bronchitis ja nein
 Tuberkulose ja nein

**Stoff-
wechsel** Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
 Schilddrüsenerkrankungen ja nein
 Lebererkrankungen ja nein
 Nierenerkrankungen ja nein

**Nerven-
system** Anfallsleiden ja nein
 Depressionen ja nein
 Epilepsie ja nein
 Sonstiges: _____

Allergien Heuschnupfen / Ekzeme ja nein
 Penicillin-Allergie ja nein
 Amalgam-Allergie (mit Paß) ja nein
 Medikamenten-Allergie ja nein
 wenn ja, gegen _____

**Infek-
tionen** Hepatitis ja nein
 HIV (Aids) ja nein
 Gelbsucht ja nein
 Tuberculose ja nein
 Sonstiges: _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? ja nein

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

Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, wieviel _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Bekannte Internet Anzeigen Sonstiges

B. ZAHNÄRZTLICHE FRAGEN

Haben Sie **lockere Zähne**? ja nein
 Leiden Sie häufig unter **Mundgeruch**? ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? ja nein
 Wünschen Sie eine Aufklärung über mögliche
 Komplikationen bei einer Lokalanästhesie (Spritze)? ja nein

C. FRAUEN IM GEBÄHRFÄHIGEM ALTER

Könnten Sie schwanger sein? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat? _____

D. ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN IN UNSERER PRAXIS

Recall-System:

Möchten Sie, dass wir Sie regelmäßig an Ihre Vorsorge-Untersuchungen erinnern (zur Sicherung des erhöhten Zuschusses von 30% von der Krankenkasse)?

ja nein

Prophylaxe:

Haben Sie Interesse an regelmäßigen, professionellen Zahnreinigungen zur Minderung des Karies- und Parodontose-Risikos?

ja nein

E. ANGABEN ZUR PERSON

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ tagsüber _____

Fax-Nr.: _____

E-mail: _____

WICHTIG!

Bitte **informieren Sie uns** vor jeder Behandlung über etwaige **Änderungen** betreffend Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Adresse. Wir bitten um **rechtzeitige (24 Stunden)** Absage Ihrerseits bei **nicht einzuhaltenden Terminen**, da diese bei Nichtwahrnehmung in Rechnung (120 Euro/Std) gestellt werden könnten.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Ihre Angaben,
 Ihr Praxisteam Dr. Engleder & Dr. Smolén

Ich versichere, die Fragen sorgfältig beantwortet zu haben

Datum _____ Unterschrift des Patienten / des Betreuers / der Eltern _____