

Zahnarztpraxis

Dr. Simon

Implantologie Oralchirurgie
Parodontologie
Kinderzahnheilkunde
Behandlung in Vollnarkose
Wurzelbehandlung mit Mikroskop



Dr. Alexander Simon
ZÄ Johanna Avokatou
ZA Julian Möller

Ziehweg 1 ♦ 83512 Wasserburg Inn
Email: simon.dr@t-online.de
Tel 08071/2515 ♦ Fax 08071/51407

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie auch bitte unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten sie Rückfragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient

Name : _____ Vorname: _____ geb. _____

Versicherter:

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Wohnort : _____

Tel.: _____ Mobil: _____ Arbeitgeber: _____

e-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Basistarif ja / nein

Beruf / Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? (Wenn ja: wann?) _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja / nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? (Wenn ja: in welchem Monat? _____)

Voraussichtl. Entbindungstermin: _____

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Allgemeinmedizinische Auskünfte:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Wenn ja: welche?):

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? (Wenn ja: Welche?)

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente? ja / nein

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

- | | |
|--|--------------------------|
| Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> |
| Kreislaufkrankungen (hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) | <input type="checkbox"/> |
| Blutkrankheiten (Blutarmut, Gerinnungsstörungen) | <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselstörungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (Aids, Hepatitis B, Tbc) | <input type="checkbox"/> |
| Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis) | <input type="checkbox"/> |
| Gehirn- und Nervenerkrankungen (Anfallsleiden, Depression) | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheuma) | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen (Wenn ja: welche?) _____ | |

Zahnmedizinische Auskünfte: ja / nein

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Krankenzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bzw. Adresse oder Telefonnummer unaufgefordert mit.

Hinweise zu unserem Praxisservice und Praxisablauf:

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihre Verhinderung anzuzeigen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in /Gesetzlicher Vertreter/in *

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt