

Gesundheitsfragebogen

Dankeschön, das Sie unseren Gesundheitsfragebogen ausfüllen!

Titel	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
		Ort	<input type="text"/>
geb.	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>

Beihilfeberechtigt ja nein freiwillig versichert ja nein

Versicherung (auch Zusatzversicherung)

Name des Hauptversicherten geb.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Gesundheit unterhalten, bitten wir Sie, einige Fragen zu beantworten. Dies gibt uns die Möglichkeit, auf Ihre Wünsche gezielt einzugehen und sichert Ihnen eine hohe Behandlungsqualität. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertrauensvoll, sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei eventuellen Fragen oder Anregungen sind wir beim Termin in unserer Praxis gerne für Sie da.

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen zu oder bringen Sie ihn ausgedruckt zum Ersttermin in die Praxis mit.

Welches ist Ihr Hauptanliegen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Webseite/ Internet Sonstige Weiterempfehlung

Welchen Behandler wünschen Sie?

Dr. Dr. Kirstein Fr. Schoofs egal

Gesundheitsfragebogen

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? ja nein

Sind Sie mit dem Aussehen und der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? ja nein

Haben Sie Kiefergelenk-, Kopf-oder Nackenschmerzen? ja nein

Wie verbringen Sie am liebsten Ihre Freizeit?

Sonstiges

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Ästhetische Zahnheilkunde ja nein Kariesvermeidung ja nein

Amalgamentfernung ja nein Kiefergelenkbehandlung ja nein

Hochwertigen Zahnersatz ja nein Parodontalbehandlung ja nein

Implantate ja nein Zahnfarbene Füllungen ja nein

Individualprophylaxe ja nein

Medizinische Befunderhebung

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

Herzerkrankungen ja nein Diabetes ja nein

Herzschrittmacher ja nein Asthma ja nein

Immunstörungen /-schwäche ja nein Infektionskrankheiten ja nein

Grüner Star (Glaukom) ja nein Kreislauferkrankung ja nein

Lebererkrankung
(Gelbsucht, Hepatitis) ja nein

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ergänzen

Gesundheitsfragebogen

Allergien ja nein Wenn ja, welche?

sonstige Krankheiten ja nein Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, welche Woche?

Ihr Hausarzt Telefon

Wen dürfen wir im Falle eines unvorhergesehenen Zwischenfalls benachrichtigen?

Name Telefon

Ich wünsche Terminerinnerungen:

- SMS
- Telefon
- E-Mail
- Keine

Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

folgende Anmerkungen sollen Ihrer Sicherheit und einem hohen Behandlungskomfort dienen: Spritzen zur Lokalanästhesie können, ebenso wie Schmerz- oder Beruhigungstabletten, die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Deshalb sollten Sie weder ein Kraftfahrzeug noch ein Kraft- oder Fahrrad in einem Zeitraum von 3 Stunden nach der Behandlung führen, wenn Sie eine Anästhesie oder Tabletten erhalten haben. Auch beim Einsatz von Dormicum® (Medikament für Dämmer Schlaf) dürfen Sie 24 Stunden nach der Behandlung nicht am Straßenverkehr teilnehmen. Daher ist es erforderlich, dass Sie sich nach der Behandlung abholen lassen. Alternativ bestellen wir gern ein Taxi für Sie.

Wir führen die Praxis als organisierte Bestellpraxis. Das bedeutet, dass wir den für Sie reservierten Termin exklusiv vereinbaren. Der Vorteil für Sie sind geringere Wartezeiten und genügend Zeit für Ihre Betreuung, ohne Stress und ohne Hektik. Sollte es in Ausnahmefällen zu einer Verzögerung kommen, so werden wir versuchen, Sie rechtzeitig zu informieren.

Bitte beachten Sie, dass fest vereinbarte Termine bis 48 Stunden (2 Arbeitstage) vorher kostenfrei Ihrerseits verlegt werden können.

Nicht rechtzeitig stornierte Termine bzw. nicht angetretene Termine erlauben wir uns als Ausfallkosten in Rechnung zu stellen. Im Falle einer schwerwiegenden Erkrankung akzeptieren wir eine kurzfristige Absage. Prophylaxe-Termine bestätigen wir Ihnen in der Regel wenige Tage vor der Behandlung. Falls Sie diesen Service nicht in Anspruch nehmen möchten, teilen Sie dies bitte unserer Rezeption mit.

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift bereit, die anfallenden Behandlungsinvestitionen unabhängig von der Erstattung meiner Versicherung zu begleichen. Sämtliche Ansprüche, die aus dem getroffenen Behandlungsvertrag zwischen der Praxis und dem Patient resultieren, werden - soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen - von dem Patienten an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Ich habe dieses Merkblatt gelesen und verstanden und hatte Gelegenheit, Fragen zu meiner Information zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, meinem Zahnarzt mitzuteilen.

Ich bin mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz einverstanden. Gleichzeitig entbinde ich mit nachfolgender Unterschrift die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 5 Bundesdatenschutz und bin mit der Weitergabe meiner Daten gemäß § 15 Bundesdatenschutzgesetz (Kassenzahnärztliche Vereinigung, Zahnärztekammer) und § 16 Bundesdatenschutzgesetz (private Verrechnungsstellen) einverstanden.

Datum

Unterschrift