

Zahnärzte am Jägertor

Zahnärzte und Implantologen

Lindenstraße 7 | 14467 Potsdam | Telefon: 0331/280 39 01 | E-Mail: info@zahnarzt-jaegertor.de | Website: www.zahnarzt-jaegertor.de

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Team der Zahnärzte am Jägertor

Persönliches

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon Festnetz _____ Telefon Arbeit _____ Telefon Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____ Arbeitgeber _____

Terminreminder SMS Recallkarte

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung
 Basistarif Beihilferechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers
Familienversichert

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Anzeige
 Überweisender Arzt Internet Extras

Zahnärzte am Jägertor

Zahnärzte und Implantologen

Dr. René Buschow

Lindenstraße 7 | 14467 Potsdam | Telefon: 0331/280 39 01 | E-Mail: info@zahnarzt-jaegertor.de | Website: www.zahnarzt-jaegertor.de

Allgemeine Gesundheitssituation (zutreffendes ankreuzen)

Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Blutgerinnungsstörung Schlaganfall

ja nein Diabetes TYP 1

ja nein Diabetes TYP 2

ja nein HbA1c

Wert: _____

ja nein Herzerkrankung

wenn ja, welche? _____

ja nein Atemwegserkrankung

wenn ja, welche? _____

ja nein Schilddrüsenerkrankung

wenn ja, welche? _____

ja nein Rheumatische Krankheiten

ja nein Tumorerkrankung

ja nein Allergien auf Stoffe oder Medikamente

wenn ja, welche? _____

ja nein Andere, nicht hier aufgeführte Erkrankungen?

wenn ja, welche? _____

Sonstiges:

ja nein Rauchen Sie?

ja nein Traten oder treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja nein Herzmedikamente

ja nein Cortison

ja nein Schmerzmittel

ja nein Antidepressiva

ja nein blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin)

ja nein Sonstige: _____

Infektionskrankheiten

HIV

HEPATITIS: A B C

Tuberkulose

Zahnärzte am Jägertor

Zahnärzte und Implantologen

Dr. René Buschow

Lindenstraße 7 | 14467 Potsdam | Telefon: 0331/280 39 01 | E-Mail: info@zahnarzt-jaegertor.de | Website: www.zahnarzt-jaegertor.de

Für unsere Patientinnen (zutreffendes ankreuzen)

ja nein Sind Sie schwanger?

wenn ja, welche Woche? _____

Hausarzt

Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt:

Name: _____ Tel: _____

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- Narkosebehandlung
- Neuer Zahnersatz
- Überweisung Zahnarzt / Kieferorthopäde
- Zweite Meinung
- Sonstiges _____

Mundgesundheitsituation

- ja nein Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?
- ja nein Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?
- ja nein Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?
- ja nein Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?
- ja nein Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halb-/jährlich professionell gereinigt (PZR)?
- ja nein Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe, sowie die Richtigkeit meiner Angaben.

Potsdam, den _____ Unterschrift _____