

## Beratungsbogen

### Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir außer Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und dienen als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend vertraulich.

#### Patient

Name	Vorname	Geb. Datum Geb. Ort
Straße / Hausnummer		Telefon
PLZ / Ort	Email	Mobil Tel.

#### Versicherter

Name	Vorname	Geb. Datum
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort	Telefon

#### Krankenkasse

gesetzlich     freiwillig     privat     Basisvers.     beihilfeberechtigt     zusatzversichert

Grund Ihres Besuches:  Schmerzen     Beratung und Therapieplanung     Zweitmeinung     zur Kontrolle  
 Anderer

Grund: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Röntgenpass?     JA     NEIN

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

#### 1. Hatten/ haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- a)  Herz/ Kreislauferkrankungen     Osteoporose  
 Herzklappenentzündung     Tumorerkrankung  
 Angina Pectoris     Magen-Darm-Erkrankung  
 Herzschrittmacher     Tuberkulose  
 Herzinfarkt     HIV/ AIDS  
 Stents     Augenerkrankungen/Grüner Star (Glaukom)  
 hoher Blutdruck     Ohrensausen/ Tinnitus  
 niedriger Blutdruck     Asthma  
 Blutgerinnungsstörungen     Allergien: \_\_\_\_\_  
 Schlaganfall     Allergiepass     JA     NEIN  
 Diabetes     Unverträglichkeiten gegen Medikamente  
 Nierenerkrankung    oder Spritzen?     JA     NEIN  
 Lebererkrankung  
 Hepatitis     A     B     C  
 Epilepsie  
 Schilddrüsenerkrankung  
 Rheuma  
 Wirbelsäule

Wer ist ihr Hausarzt?

Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

bitte beachten Sie die Rückseite

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  JA  NEIN welche? \_\_\_\_\_  
insbesondere: Bisphosphonate?  JA  NEIN  
blutverdünnende Medikamente Marcumar, ASS  JA  NEIN
3. Besteht eine Schwangerschaft?  JA  NEIN Woche: \_\_\_\_\_
4. Tragen Sie Zahnersatz? \_\_\_\_\_  
Wie alt ist dieser Zahnersatz? \_\_\_\_\_
5. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?  JA  NEIN  
Leiden Sie an Zahnfleischbluten?  JA  NEIN  
Haben Sie morgens Kiefergelenksschmerzen?  JA  NEIN
6. Rauchen Sie?  JA  NEIN Wie viele? \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie: Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Ihre Fahrtüchtigkeit für 3-4 Stunden verloren geht und für 24 Stunden eingeschränkt werden kann. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

## Nur noch einige Fragen für eine persönliche und erfolgreiche Zusammenarbeit

- Haben Sie viel Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung?  viel 5 bis wenig 1  JA  NEIN  
Stehen Sie unter Zeitdruck, so dass wir bei der Terminvergabe Rücksicht nehmen müssen?  JA  NEIN  
Möchten Sie über moderne und schonende Behandlungsmethoden informiert werden?  JA  NEIN  
Haben Sie Interesse an einem Prophylaxeprogramm, das Sie vor Karies- und Zahnfleischerkrankungen schützt?  JA  NEIN  
Sind Sie über die Bedeutung von Zahnfleischerkrankungen aufgeklärt worden?  JA  NEIN  
Interessieren Sie sich für kosmetische Maßnahmen, die die Ästhetik Ihrer Zähne verbessern?  JA  NEIN

Was machen Sie beruflich? \_\_\_\_\_

## Wie/ durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen  Praxisschild/ Fensterwerbung  
 Internet  Telefon/ Branchenbuch  
 Zeitungsanzeige  ehemaliger Patient von Dr. Weller  
 sonstiges \_\_\_\_\_

Kennen Sie unsere Internetseite?  JA  NEIN

## Hinweis zur Organisation:

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie vereinbaren. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Die "Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" sind in der Praxis einsehbar.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!  
Ihr Praxisteam Zahngut