

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		Telefon

Krankenkasse

gesetzlich freiwillig privat Basisvers. beihilfeberechtigt Zusatzversichert

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

Grund: _____

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: _____
 Diabetes Allergiepass JA NEIN
 Nierenerkrankung Unverträglichkeiten gegen Medikamente
 Lebererkrankung oder Spritzen? JA NEIN
 Hepatitis A B C
 Epilepsie
 Schilddrüsenerkrankung
 Rheuma
 Wirbelsäule

Wer ist ihr Hausarzt?

Name: _____

Ort: _____

Tel-Nr.: _____

Beratungsbogen

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. Haben Sie einen Röntgenpass? JA NEIN
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

6. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen? JA NEIN
Leiden Sie an Zahnfleischbluten? JA NEIN
Haben Sie morgens Kiefergelenksschmerzen? JA NEIN
Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphthen? JA NEIN

7. 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

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

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.

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