



Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.
Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Patient	Name	Vorname	geb.
Mitglied	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Straße	Nr.	
	PLZ	Ort	Tel.
	Handy	e-mail	Fax
Beruf Arbeitgeber	Beruf	Arbeitgeber	Tel
	Anschrift des Arbeitgebers		
Krankenkasse/ Versicherung			
Versicherung gesetzlich	pflichtversichert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	freiwillig versichert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Zusatzversicherung / wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Versicherung privat	vollversichert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Beihilfe / wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Standardtarif	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wie sind Sie zu uns gekommen?

Empfehlung von
Überweisung von
Sonstiges (Internet, Telefonbuch , ...)

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen: (wenn ja, bitte genauere Angaben)

Herz-Kreislauf:	<input type="radio"/> Herzfehler	<input type="radio"/> Angina pectoris	<input type="radio"/> Herzinfarkt	<input type="radio"/> Herzmuskelentzündung	
	<input type="radio"/> Herzklappenentzündung	<input type="radio"/> künstl. Herzklappe	<input type="radio"/> Herzschrittmacher	<input type="radio"/> hoher Blutdruck	
	<input type="radio"/> niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Rhythmusstörungen	<input type="radio"/> Herzschwäche	<input type="radio"/> oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gefäße:	<input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/> Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> Krampfadern	<input type="radio"/> Thrombosen	<input type="radio"/> oder:
					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Atemwege/Lunge:	<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> Lungenentzündung	<input type="radio"/> Tuberkulose	<input type="radio"/> chronische Bronchitis	
	<input type="radio"/> Schlafapnoe/Atemaussetzer	<input type="radio"/> Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> Lungenblähung	<input type="radio"/> oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leber:	Hepatitis	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> Gelbsucht
	<input type="radio"/> Fettleber	<input type="radio"/> Leberverhärtung	<input type="radio"/> Gallensteine	<input type="radio"/> oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nieren:	<input type="radio"/> Dialysepflichtigkeit	<input type="radio"/> Nierenentzündung	<input type="radio"/> Nierensteine	<input type="radio"/> oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Magen, Darm:	<input type="radio"/> Geschwür	<input type="radio"/> Verdauungsstörung	<input type="radio"/> Refluxkrankheit	<input type="radio"/> Sodbrennen	<input type="radio"/> Engstelle
					<input type="radio"/> oder:
					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel:	Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ I	<input type="radio"/> Diab. mellitus Typ II	<input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion	
	<input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/> Kropf:	<input type="radio"/> oder:		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Skelettsystem (Knochen):	<input type="radio"/> Gelenkerkrankungen	<input type="radio"/> Rückenbeschwerden	<input type="radio"/> Bandscheibenbeschwerden		
	<input type="radio"/> Muskelerkrankungen	<input type="radio"/> Muskelschwäche	<input type="radio"/> Fibromyalgie	<input type="radio"/> oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wurden oder werden Sie mit Biphosphonaten behandelt? Wenn ja, Erkrankung? Präparat?				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nerven/Gemüt:	<input type="radio"/> Lähmungen	<input type="radio"/> Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/> Depressionen	<input type="radio"/> Angstzustände	<input type="radio"/> oder:
					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Augen:	<input type="radio"/> starke Einschränkung d. Sehkraft	<input type="radio"/> Grüner Star	<input type="radio"/> Grauer Star	<input type="radio"/> Blindheit	<input type="radio"/> oder:
					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergie:	<input type="radio"/> z. B. Heuschnupfen	oder Überempfindlichkeit gegen		<input type="radio"/> Nahrungsmittel	<input type="radio"/> Fruchtzucker
	<input type="radio"/> Medikamente	<input type="radio"/> Jod	<input type="radio"/> Pflaster	<input type="radio"/> Latex, z. B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe	<input type="radio"/> oder:
					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Blut:	<input type="radio"/> Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/> auch bei Blutsverwandten	<input type="radio"/> häufiges Nasenbluten	<input type="radio"/> blaue Flecken	
	<input type="radio"/> auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung		<input type="radio"/> Nachbluten nach Operation	<input type="radio"/> oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Immunschwäche:	<input type="radio"/> Einnahme von Cortison	<input type="radio"/> Zustand nach Organtransplantation	<input type="radio"/> AIDS	<input type="radio"/> oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>



Weitere Fragen (wenn ja, bitte genauere Angaben)

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Name und Anschrift des Arztes				
Sind Sie im letzten Jahr von einem Zahnarzt geröntgt worden?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, wann?	Wo?			
Nehmen Sie Medikamente	Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Sind Sie schwanger?	Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Schnarchen Sie?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Fühlen Sie sich morgens unausgeschlafen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Denken Sie beim Aufwachen an Ihre Zähne?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel (ASS, Marcumar, Ticlopidin, ..) Wenn ja, welche?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Haben oder hatten Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem? Wenn ja, welches?

(z.B. Schmerzen, Zahnfleischbluten, Probleme mit Zahnersatz, ...)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 3 Jahren Karies (Füllung)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurde jemals eine Zahnfleischerkrankung festgestellt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich - wenn ja, wann?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter Ohrengeräuschen (Tinnitus) - wenn ja, seit wann?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie Probleme mit Ihren Kiefergelenken (Gelenkknacken, Reiben, Schmerzen)?	ja <input type="checkbox"/>	unterschiedl. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren kürzer, dünner, oder gab es Abplatzungen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Pressen Sie Ihre Zähne zusammen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie mehrere Bisspositionen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hatten Sie jemals eine Aufbissschiene?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Sind einzelne Zähne empfindlich (Aufbeißschmerz, Heiß-/Kalt-Schmerz)?	ja <input type="checkbox"/>	unterschiedl. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Können Sie den Mund normal weit öffnen?	ja <input type="checkbox"/>	unterschiedl. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Können Sie auch harte Speisen kauen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit Farbe, Form und Stellung ihrer Zähne zufrieden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie jemals Ihre Zähne bleichen lassen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wurden Sie jemals durch einen vorherigen Zahnbehandler enttäuscht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Welches ist Ihr wichtigstes Anliegen?

Behandlungsphilosophie:

Ich möchte möglichst kostengünstig, soweit möglich innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn dies manche modernen Behandlungsmethoden ausgrenzt. Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.	ja <input type="checkbox"/>
Ich wünsche mir im Rahmen meiner Möglichkeiten eine moderne Betreuung durch Ihre Praxis. Ich bin bereit, für eine über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende Untersuchung, Diagnose + ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan unter wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien. Am wichtigsten ist mir Funktion <input type="checkbox"/> Ästhetik <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Ich wünsche mir von Ihnen eine Betreuung und Behandlung nach allen Regeln der Kunst. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger abzuklären.	ja <input type="checkbox"/>

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit