

ZahnZentrum



L Ü N E B U R G

Dr. Uwe Peters
Dr. Florian Klemt
Dr. Ursula Steffens
ZÄ Rabea Klötzer

Gemeinschaftspraxis

Hindenburgstraße 4a // 21335 Lüneburg
Tel. 041 31-313 42 // Fax 041 31-313 43
info@zahnzentrum-lueneburg.de
www.zahnzentrum-lueneburg.de

Praxiszeiten: Mo. bis Fr. 7:30 - 20:00 Uhr

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wichtig: Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen im Zahnzentrum Lüneburg! Wir freuen uns, sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns Ihren individuellen Wünschen und Anliegen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen sie den Bogen vollständig und sehr genau aus! Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Herr

Frau

Kind

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Straße

Nr.:

PLZ:

Ort:

Tel: Privat

Mobil:

Arbeit:

Email:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

freiwillig versichert

privatversichert

Beihilfe

Zusatzversichert

Mitglied:

selbst versichert

versichert über

Adresse wie oben

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Straße

Nr.:

PLZ:

Ort:



WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Überweisung / auf Empfehlung von:

Presse/ Anzeige

Gesundheitskompass
Landeszeitung

Internet

Sonstiges

SIE KOMMEN IN UNSERE PRAXIS:

zur Kontrolle

Schmerzbehandlung

Zahnfleischbluten/-rückgang

andere Anliegen:

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?

ja

nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?

HABEN SIE INTERESSE AN:

Professioneller Zahnreinigung?

ja

nein

Hochwertiger und langlebiger Zahnversorgung?

ja

nein

Regelmäßiger Erinnerung an Ihren nächsten Kontroll- / Zahnreinigungstermin?

ja

nein

Ratenzahlungen bei aufwendigen Versorgung?

ja

nein

GESUNDHEITSANGABEN:

ja

nein

Wenn ja, welche?

Allergien (Latex, Antibiotika, Schmerzmittel, Metalle, ...)

Anfallsleiden (Epilepsie, ...)

Bluterkrankungen

Herzkrankungen (Infarkt, Schrittmacher, Bypass, Stent,
Herzklappenfehler, ...)

Herzklappenersatz

Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)

Kreislaufkrankung (Bluthochdruck, ...)

Schlaganfall

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, ...)

Lungenerkrankungen (Asthma, ...)

Nervenerkrankung / Psychische Erkrankungen

Nierenerkrankung (Dialyse, ...)

Rheuma / Osteoporose

Schilddrüsenerkrankung

Tumorerkrankungen

Zuckerkrankheit / Diabetes



ja nein Wenn ja, welche?

Gelenkerkrankung (Arthritis / Arthrose)

Weitere Erkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
(falls vorhanden, bitte Medikamentenplan beilegen)

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Nehmen Sie Blutverdünner ein?

Vertragen Sie Anästhetika (Betäubungsmittel)

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel pro Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nehmen Sie regelmäßig Drogen?

Ihr behandelnder Arzt / Hausarzt:

Name:

Anschrift:

Tel.:

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie, falls nötig,
per SMS kontaktieren?

ja

nein

Wir bitten Sie um Verständnis dafür, dass wir Ihnen bei einem nicht eingehaltenen oder einem nicht mindestens 24 Std. vor geplantem Behandlungsbeginn abgesagten Termin, dass dafür vorgesehene Zahnarzthonorar privat in Rechnung stellen.

Bitte beachten Sie, dass nach Injektionen (örtliche Betäubung), die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann und wir dafür keine Haftung übernehmen!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der von Ihnen gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten