



Zahnarztpraxis

Dr. Rudolf Schönberger und Kollegen

Drachenweg 1a, 82256 Fürstenfeldbruck
Telefon 08141 - 63333

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb die nachfolgenden Fragen (auch auf der Rückseite dieses Bogens).

Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

A: PERSONALIEN			
Patient			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
Beruf:	Geburtsort:		
Anschrift			
PLZ:	Ort:	Straße:	Telefon:
E-mail:	Handy:		Fax:
Versicherter			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
Sorgeberechtigt (bei Minderjährigen)			
Vater <input type="checkbox"/>	Mutter <input type="checkbox"/>	gemeinsam <input type="checkbox"/>	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
PLZ:	Ort:	Straße:	Telefon:
Krankenkassenstatus			
gesetzlich <input type="checkbox"/>	privat <input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>	beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/>
			Basistarif <input type="checkbox"/>
Wer ist Ihr Hausarzt?			

B: ALLGEMEINE ANAMNESE	JA	NEIN
Haben Sie einen Allergiepass?		
Haben Sie Überempfindlichkeiten gegen Medikamente? (Penicillin, Jod) Wenn ja, welche:		
Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente oder Drogen ein? Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an Asthma, Heuschnupfen oder anderen Überempfindlichkeiten? Wenn ja, woran?		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (ASS, Marcumar...) Wenn ja, welche?		

	JA	NEIN
Leiden Sie an Herz-/Kreislaferkrankungen? Unregelmäßiger Herzschlag <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>		
Leiden Sie unter Stoffwechselkrankheiten? Diabetes <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/>		
Leiden Sie an chronischen Krankheiten? Wenn ja, an welchen?		
Hatten Sie jemals Gelbsucht <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> schweres Rheuma <input type="checkbox"/>		
Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? (z.B. HIV, Hepatitis...)		
Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche?		
Rauchen Sie?		
C: ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE	JA	NEIN
Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung / Kontrolle?		
Haben Sie Beschwerden beim Kauen? - gibt es empfindliche oder störende Zähne?		
Haben Sie Zahnfleischprobleme?		
Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?		
Fand kürzlich eine Röntgenuntersuchung statt? Wenn ja, wann?		
Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt (Zahnspange)?		
Knirschen Sie bewußt/unbewußt mit den Zähnen?		
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder in der Ohrumgebung?		
Wie möchten Sie an die Kontrolle bzw. Prophylaxe erinnert werden? Post <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/>		
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? durch: Empfehlung <input type="checkbox"/> unsere Homepage <input type="checkbox"/> Arztbewertungsportale <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>		

Wir bemühen uns, Ihnen lange Wartezeiten möglichst zu ersparen und vergeben deshalb gezielt Behandlungstermine. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher, ab. Ansonsten müssen wir Ihnen die entstandene Ausfallzeit gegebenenfalls privat in Rechnung stellen, da wir diese Zeit ausschließlich für Sie einplanen.

Vielen Dank, das war`s.

Datum, Unterschrift / Unterschrift Erziehungsberechtigter