

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art oder eine Schwangerschaft können Auswirkungen auf die bei Ihnen anstehende Behandlung haben und müssen daher unbedingt berücksichtigt werden, um unnötige Komplikationen zu vermeiden. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse sorgfältig aus.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir gerne.



Dr. Kathrin Wend
Dr. Elisabeth Held
Dr. Andreas Stumpf

Dr. Alexander Himbert
Dr. Ralph Kastenholz
Dr. Patrick Stumpf

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Wohnort: _____ Straße: _____ Tel. privat: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Tel. dienstl.: _____

Was führt Sie zu uns? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Fragen für Privatversicherte:

Name Ihrer Versicherung: _____

- Ich bin regulär privat versichert.
 Ich bin beihilfeberechtigt.
 Ich bin in einem Sondertarif:
(Basistarif / Standardtarif)

Fragen zur Person:

Haben Sie gelegentlich Zahnfleischbluten?

Ja Nein

Kniirschen Sie mit den Zähnen?

Ja Nein

Haben Sie an Ihren Zähnen Verunreinigungen festgestellt, die Sie nicht mit der Zahnbürste entfernen können?

Ja Nein

Sind Sie unzufrieden mit der Farbe Ihrer Zähne?

Ja Nein

Hatten Sie schon eine professionelle Zahnreinigung?

Ja Nein

Wurden oder werden Sie wegen einer der folgenden Krankheiten behandelt?

Herz- /Kreislauferkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Grüner Star	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzoperationen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Rheuma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzklappenprothesen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Ansteckende Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzinfarkt im letzten Jahr	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Immunschwäche (HIV,Aids)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hepatitis A/B/C	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Chronische Erkrankung der Atemwege/Asthma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutdruckerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nervenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> zu hoch <input type="radio"/> schwankend <input type="radio"/> zu niedrig	
Pflegegrad (1) (2) (3) (4) (5)		Andere ernsthafte Erkrank.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Leiden Sie an **Allergien**? Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Haben Sie eine **Blutgerinnungsstörung**? Ja Nein

Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente ein? Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig? Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn Ja, in welcher Woche? _____

Wer ist Ihr **Hausarzt**, Ort? _____

Wir sind eine Bestellpraxis und möchten Sie aus organisatorischen Gründen bitten, Ihre Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Mehrfach nicht eingehaltene bzw. zu kurzfristig abgesagte Termine können nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Den zugehörigen Gesetzestext können Sie in unserem Patienten-Ordner im Wartezimmer nachlesen. Dort finden Sie auch ausführliche Informationen zur Behandlung unter Lokalanästhesie und den neuen Datenschutzrichtlinien der DSGVO. Wir möchten Sie bitten sich dies durchzulesen. Gerne händigen wir Ihnen auch ein Exemplar aus. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in unsere aktuellen Datenschutzrichtlinien ein.

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Speyer, den _____ Unterschrift: _____