



DR. KNOPP
ZAHNARZT & ORALCHIRURG

Gesundheitsfragebogen

(Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Allgemeine Angaben

Patient/in

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort (nötig lt. § 28 Röntgenverordnung) _____

Straße / Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ Geschäftlich _____

E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Versicherte/r (falls abweichend)

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____

gesetzlich versichert bei _____ zusatzversichert freiwillig versichert

privat versichert bei _____ beihilfeberechtigt Basistarif

Allgemeine Situation

ja nein

Medikamentenallergie (z. B. Penicillin)

Andere Allergien

Wenn ja, welche? _____

Herzerkrankung

Blutdruck hoch niedrig

Blutgerinnungsstörungen

Asthma / chronische Bronchitis

Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)

Schilddrüsenerkrankung

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Nieren- / Lebererkrankungen

Epilepsie (Krampfanfälle)

Psychische Erkrankungen (ggf. in Therapie)

Osteoporose

Tumore

Einnahme von Bisphosphonaten

Infektionen z. B. Hepatitis

Tuberkulose

HIV

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Zahn-Mund-Situation

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

ja nein
Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang

Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Kauen)

Schmerzen am Kopf / Nacken

Haben Sie Kronen oder Brücken?

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? _____

Tragen Sie Zahnersatz?

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? _____

Haben Sie Implantate?

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? _____

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne,
kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische
Behandlung durchgeführt worden?

Wurde bei Ihnen bereits eine professionelle
Zahnreinigung durchgeführt?

Wenn ja, wann? _____

Bitte beachten Sie auch die Rückseite. ▶

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt und in welcher Praxis?

Vor _____ Tagen Wochen Monaten in Praxis (Name, Anschrift) _____

Für unsere weiblichen Patienten

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, ich bin in der _____. Woche nein ungewiss

Wir bitten Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer Betäubung eingeschränkt ist.

Weiterhin bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis

Wir sind eine Bestellpraxis. Was passiert, wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht zum Termin erscheinen? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt spätestens 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615, 280 BGB berechnet werden.

Ort, Datum

Unterschrift