



Praxis für Zahnheilkunde - Dr. Khorram, A.M. Zafari, R. Farzanehnia

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,
wir benötigen neben Ihren Personalien, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Dies ist wichtig, für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte lesen Sie die folgenden Zwei Seiten
sorgfältig durch, bzw. vervollständigen diese. Vielen Dank.

Patient/in

Name	Vorname	Geb.:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Ort	Tel. Mobil
Beruf:	E-Mail:	Tel. Privat

Versicherte/r (wenn eine Familienversicherung besteht)

Name:	Vorname:	Geb.:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Ort:	Tel.:

Wie sind Sie versichert?

<input type="radio"/> gesetzlich versichert (GKV)	<input type="radio"/> Zusatzversicherung, wenn ja welche?
<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Selbstzahler

Ich wurde empfohlen/ überwiesen durch:

--

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, können jedoch um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, innerhalb unserer Praxisstruktur bei Aufnahme eines weiteren Behandlers oder an den Nachfolger übergeben werden.

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns wichtig!

Daher erfolgt die Behandlung Ihrer Zähne nach einem genau festgelegten Zeitplan.

Die Behandlungszeit ist für Sie reserviert. Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens 24 Std. vorher um Nachricht.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei selbstverschuldeter Nichtabsage des reservierten Termins 50,- Euro pro Viertelstunde in Rechnung stellen dürfen und können (§615 Satz BGB §278 ZPO).

Bei Kassenpatienten werden die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt, wenn die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt wird.

Wir bitten Sie, uns eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen!

Bitte wenden!!!



Allgemeine Gesundheitsfragen

(Bitte bei Beschwerden Zutreffendes ankreuzen)

- ja nein Infektion(Hepatitis, HIV) _____
- ja nein Herz- Kreislauf _____
- ja nein Atemsystem _____
- ja nein Verdauungsorgane _____
- ja nein Zuckerkrankheit (Diabetes) _____
- ja nein Allergien _____
- ja nein Urogenitalsystem, Nieren _____
- ja nein Zentralnervensystem _____
- ja nein Psychische Probleme _____
- ja nein Rheumatische Erkrankungen _____
- ja nein Hormonelle Erkrankungen _____
- ja nein Sonstige Erkrankungen _____
- ja nein Nehmen Sie z.Z. Medikamente? Welche? _____
- ja nein Nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar,ASS)? _____
- ja nein Arzneimittelüberempfindlichkeit? Gegen? _____
- ja nein Sind Sie schwanger? Welche Woche? _____
- ja nein Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel/Tag? _____

Wir bitten Sie, uns eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen!

Spezielle Gesundheitsfragen

Welches besondere Anliegen führt Sie heute in unsere Praxis?

- ja nein Legen Sie Wert auf gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch?
- ja nein Haben Sie Zahnfleischbluten, - Rückgang?
- ja nein Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?
- ja nein Haben Sie Probleme, Schmerzen im Kopf- Mund- oder Kieferbereich?
- ja nein Knirschen oder Pressen Sie?
- ja nein Sind Sie generell an ästhetische Zahnbehandlung interessiert?

ja nein Möchten Sie in unserem Recall- Prophylaxe- Programm aufgenommen werden?

Hiermit bestätige ich die Korrektheit meiner Angaben.

Hamburg, _____

Unterschrift _____