



Liebe Patienten

Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Simo Jakovleski

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten mit Ihnen noch einmal persönlich.

1 Persönliche Angaben

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ m w

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon Privat _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon Arbeit _____

Ist der Patient nicht der Hauptversicherte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ m w

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon Privat _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon Arbeit _____

ICH BIN

gesetzlich versichert

privat versichert

Name der Krankenkasse _____

zusatzversichert

Bei welcher Zusatzversicherung? _____

Name des Hausarztes/Facharztes _____

ANGABEN ZUR ZAHLUNGSPFLICHT

Patient

Hauptversicherter

Sontige Personen _____

Kontaktdaten _____

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und oder des Kopfes angefertigt? Ja Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt? _____

2 Ihr Anliegen

WAS IST DER GRUND IHRES BESUCHES?

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Zahnfleischbluten

Mundgeruch

Migräne / Kopf- & Nackenschmerzen

Kiefergelenksbeschwerden

Knirschen

BERATUNGSWUNSCH

Professionelle Zahnreinigung

Weißer Zähne (Bleaching)

Zahnästhetik

Zahnfarbende Keramikfüllungen

Amalgamaustausch

Implantatversorgung

3 Allgemeine Gesundheitsfragen

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zur Zeit unter ärztlicher Behandlung Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes? Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Nierenerkrankung? Ja Nein

Magen/Darmerkrankung? Ja Nein

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche(Insuffizienz)? Ja Nein
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe? Ja Nein
Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein
Sonstiges? _____

KREISLAUFERKRANKUNGEN

Zu hoher Blutdruck? Ja Nein
Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
Sonstiges? _____

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/C)? Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
HIV Ja Nein

Chronische Lebererkrankung? Ja Nein
Sonstiges? _____

ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle? Ja Nein
Depressionen? Ja Nein

SONSTIGE ERKRANKUNGEN UND ANGABEN

Rheuma? Ja Nein
Chronische Lungenerkrankung /
Asthma? Ja Nein
Nasen / Nebenhöhlenerkrankung?
Ja Nein
Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?
Ja Nein

Wenn ja welche? _____

4 Spezielle Gesundheitsfragen

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn Ja, welche Medikamente? _____
Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein
Wenn Ja, welches Medikament? _____
Nehmen Sie Medikamente gegen
Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein? Ja Nein
Wenn ja, welches Medikament? _____

ALLERGIEN

Besteht bei Ihnen der Verdacht Ja Nein
einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte
Materialien oder Medikamente?
Wenn ja, gegen welche? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass Ja Nein
Konsumieren Sie regelmäßig Ja Nein
Alkohol oder andere Rauschmittel?
Wenn ja, welche? _____
Konsumieren Sie Aufputsch- Ja Nein
oder Beruhigungsmittel?
Wenn ja, welche? _____

FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von _____ Internet Telefonbuch Sonstiges

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? Ja Nein Per E-Mail per Post

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Wir bitten Sie Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatienten betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten