

Zahnarztpraxis Marion Schubert

Ruhrstraße 4 Telefon (02931) 45 00
59821 Arnsberg praxis@schubert-arnsberg.de
www.schubert-arnsberg.de



Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Marion Schubert

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____

Geburtsname: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? Ja Nein

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Hausarzt / Facharzt

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente?

Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein

Wenn ja, welches Medikament?

Allergien

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit
oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente?
Wenn ja, gegen welche?

Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)?

Ja Nein

Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe?

Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt?

Ja Nein

Sonstiges?

Kreislaufferkrankungen

zu hoher Blutdruck?

Ja Nein

zu niedriger Blutdruck?

Ja Nein

Sonstiges?

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsneigung?

Ja Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes?

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen?

Ja Nein

Nierenerkrankungen?

Ja Nein

Magen- / Darmerkrankungen?

Ja Nein

Sonstiges?

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle?

Ja Nein

Krämpfe?

Ja Nein

Sonstige Erkrankungen und Angaben

Rheuma?

Ja Nein

Hepatitis (A / B / C)?

Ja Nein

HIV?

Ja Nein

Chronische Lungenerkrankungen / Asthma?

Ja Nein

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen?

Ja Nein

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung

Ja Nein

Zahnschmerzen

Ja Nein

Zahnfleischbluten

Ja Nein

Migräne / Kopf- & Nackenschmerzen

Ja Nein

Kiefergelenkbeschwerden

Ja Nein

Knirschen

Ja Nein

Mundgeruch

Ja Nein

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung

Ja Nein

Weißer Zähne (Bleaching)

Ja Nein

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln

Ja Nein

Zahnfarbene Keramikfüllungen

Ja Nein

Amalgamsanierung

Ja Nein

Implantate / Implantatversorgung

Ja Nein

Recall

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

Ja Nein

Sonstiges

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen oder wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen (bspw. Telefonnummer, Adresse, Medikamente, etc.). Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich **spätestens 24 Stunden** vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte **einmal pro Quartal**. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung. Bitte legen Sie zudem Ihren bisher vorhandenen Bonus an der Anmeldung vor.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Arnsberg, den _____

Unterschrift