



Dr. med. dent. Susanne Goldmann
Dr. med. dent. Frank Goldmann
Zahnärzte

ALFRED-BAUMGARTEN-STR. 4 86825 BAD WÖRISHOFEN

TELEFON 0 82 47 30 88 55 FAX 0 82 47 30 88 56

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Sollte der Platz für Zusatzangaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte unter Angabe des Punktes die Rückseite des Blattes. Der Fragebogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Patient

Herr/Frau _____
Name Vorname Geb.-Datum:

Mitglied/

Versicherter _____
Name Vorname Geb.-Datum:

Anschrift _____
Straße Nr. PLZ/Ort

Telefon _____
Telefon Telefon geschäftlich/mobil

Name der Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Zusatzversicherung Privat Basistarif versichert

Beruf _____ Hausarzt _____

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt/-prothese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Infektionserkrankungen		
HIV (Aids), Tuberkulose, MRSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hepatitis (A, B, C)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allergien/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Weitere Erkrankungen		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lungenerkrankungen/ Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diabetes-/ Zuckererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leber-, Magen-, Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nervenerkrankungen/ Depressionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krebs-/ Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht oder bestand eine Essstörung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allgemeine Angaben		
Besteht / Bestand eine Drogenabhängigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, <input type="checkbox"/> > 10 Zig. / Tag <input type="checkbox"/> < 10 Zig. / Tag
Besteht oder bestand eine Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Regelmäßige Medikamente z. B Blutverdünner (ASS, Marcumar, Plavix,...), Bisphosphonate (Zometa...) bzw. Osteoporose - Spritzen oder Infusionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann/ welche?
Für die zahnärztliche Behandlung:		
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Haben Sie Schmerzen im Gesicht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann:
Leiden Sie unter Kopf/ Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Tragen Sie eine Knirscherschiene?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hatten/ Haben Sie Verletzungen im Kiefer/ Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann:
Müssen Sie Antibiotikum vor zahnärztlichen Behandlungen einnehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Pflegestufe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?

Dürfen wir Sie per SMS an Ihren Termin erinnern (**bitte Mobil-Nr. eintragen**) ja nein

Möchten Sie von uns unverbindlich an Ihre halbjährlichen Kontrolluntersuchungen erinnert werden? (Recall)

ja nein

per SMS

per E-Mail _____

Gerne können sie Ihre Termine auch online über unsere Website buchen.

Wichtige Informationen:

- 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.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Bitte sagen Sie Ihre Termine **mindestens 24 Stunden** vorher ab!

Sowohl keine als auch eine nur kurzfristige Terminabsage führen nach der geltenden Rechtslage zu einem Vergütungsanspruch, den wir geltend machen können. Es handelt sich um den Betrag, der unter Berücksichtigung von ersparten Anwendungen für die geplante Therapie berechnet worden wäre. (Laut BLZK zwischen 180 und 240 Euro).

Wir bitten um Ihr Verständnis für dieses Vorgehen, da auch dann Praxiskosten entstehen, wenn keine Patienten behandelt werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____