



Patienten Fragebogen

Praxis Dr. Heilmann

Wohlfühlen beim Zahnarzt

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Rezeption abgeben.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.



Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
PLZ, Ort	Straße	Telefon Privat
Beruf	Arbeitgeber	Telefon Geschäftlich
Krankenkasse	Hausarzt	Mobil
Empfohlen durch	eMail	

Risiko - Anamnese

Ja Nein

Sind Ihre Zähne im letzten Jahr geröntgt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien? Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Schwangerschaft? In welchem Monat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie Gelbsucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie Reaktionen auf Betäubungsspritzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz- / Kreislaufstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten wie z.B. Aids, TBC, ect.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutkrankheiten? Blutungsneigung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Druch Individualprophylaxe ist es möglich, Ihnen Ihre Zähne ein Leben lang zu erhalten. Sprechen Sie uns an!
Wir informieren Sie gerne darüber.

Möchten Sie außerdem Informationen zu folgenden Leistungen unserer Praxis?

Ja

<input type="radio"/>	Professionelle Zahnreinigung	<input type="radio"/>	Erwachsenenprophylaxe und Schwangerenprophylaxe	<input type="radio"/>	Veneers
<input type="radio"/>	Bleaching	<input type="radio"/>	Keramikinlays	<input type="radio"/>	Implantate
<input type="radio"/>	Vollkeramische Kronen	<input type="radio"/>	Wiederbestellsystem	<input type="radio"/>	Parodontitisprophylaxe

Bitte beachten Sie, dass nach örtlicher Betäubung die Reaktionsfähigkeit und damit Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist!

Wir behalten uns vor, nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24h vorher) in Rechnung zu stellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Angaben.

Datum und Unterschrift