

# Die Zahnärzte Esens

## Gemeinschaftspraxis für Zahnmedizin und Prophylaxe



Dr. Klaus Ebrecht - Frank C. Häring - Christopher Gau & Partner  
Siebet-Attena-Strasse 12 - 26427 Esens

### Patientenfragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Anschrift Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Private Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_

PKV Standard/Basistarif	<input type="checkbox"/>	Mitglied	<input type="checkbox"/>
Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>	Familienmitglied	<input type="checkbox"/>
Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	Rentner	<input type="checkbox"/>
Ich wünsche Privatbehandlung	<input type="checkbox"/>		

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: \_\_\_\_\_  
 Internet       Telefonbuch       Gelbe Seiten       Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich möchte regelmäßig an meinen halbjährigen Kontrolltermin erinnert werden.      Telefon       Brief

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und wir in der für Sie reservierten Zeit voll zu Ihrer Verfügung stehen. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher mitteilen. Gerne vereinbaren wir dann mit Ihnen einen neuen Termin. **Setzen Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis, behalten wir uns vor Ihnen 25 Euro pro halbe Stunde als Entschädigung in Rechnung zu stellen (§§615/280 BGB).**

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Termin, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Unsere Patienten erhalten Ihre Rechnung über eine Abrechnungsgesellschaft (FRH). Diese Rechnung wird nach unseren Vorgaben erstellt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

### A. Allgemeinmedizinische Anamnese

Ja / Nein

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?  
Hausarzt: .....
2. Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein? Welche?  
.....
3. Bluten Sie lange nach Verletzungen/chirurgischem Eingriff/Zahnentfernung?
4. Wann wurden sie zuletzt geröntgt? .....

### Hatten Sie jemals:

5. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente bzw. Allergien?  
(z.B. Penicillin, Jod etc.) .....
6. Asthma/Atemwegserkrankungen?
7. Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen (z.B. hoher/niedriger Blutdruck)?
8. Herzinfarkt/Schlaganfall?
9. Herzschrittmacher?
10. Schilddrüsenerkrankung?
11. Rheumatische Erkrankungen?
12. Epileptische Anfälle?
13. Lebererkrankungen(Gelbsucht)?
14. Diabetes(Zuckerkrankheit)?
15. Nierenerkrankungen?
16. Infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, AIDS, Geschlechterkrankungen)?
17. Leiden Sie unter Schlafapnoe und /oder Schnarchen? .....
18. Ohnmachtsanfälle?
19. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? .....
20. Alkoholkonsum? Wenn ja, wieviel? .....
21. Drogenkonsum? Wenn ja, welcher Art? .....
22. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche? .....
23. Sonstige Erkrankungen: .....

### B. Zahnärztliche Anamnese

1. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen? Wo? .....
2. Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch? Wo? .....
3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?
4. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich?
5. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?
6. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?
7. Benutzen Sie außer Zahnbürste und Zahnpasta noch andere Mundhygienemittel?  
Welche? .....
8. Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, wo?.....
9. Kommen Sie:           - zur Beratung oder Kontrolle?  
                              - zur Notfallbehandlung oder Reparatur des Zahnersatzes?  
                              - zur umfassenden zahnärztlichen Behandlung?

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_