

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: _____

Die Zahnärzte Esens

Gemeinschaftspraxis für Zahnmedizin und Prophylaxe



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

| | | |
|----|---|---|
| 1 | Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben? | <input type="checkbox"/> Nichtverbale Körpersprache andere Leute <input type="checkbox"/> Jemand hat es mir gesagt <input type="checkbox"/> Ich weiß es einfach |
| 2 | Wann haben Sie das erste Mal gemerkt, dass Sie schlechten Atem haben? | <input type="checkbox"/> vor ____ Jahren <input type="checkbox"/> vor ____ Monaten <input type="checkbox"/> vor ____ Wochen |
| 3 | Wie intensiv, denken Sie, ist Ihr Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> schwach |
| 4 | Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben? | _____ _____ _____ |
| 5 | Wie viel Stress haben Sie? | <input type="checkbox"/> sehr viel <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> wenig |
| 6 | Wann haben Sie häufiger oder stärkeren Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> nach dem Aufwachen <input type="checkbox"/> wenn ich Hunger oder Durst habe <input type="checkbox"/> wenn ich müde bin <input type="checkbox"/> den ganzen Tag <input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> wenn ich mit anderen Menschen spreche <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| 7 | Wie oft haben Sie Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> einmal im Monat <input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> immer |
| 8 | Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ____ Zigaretten täglich |
| 9 | Was machen Sie beruflich? | _____ _____ |
| 10 | Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 11 | Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag? | _____mal pro Tag |
| 12 | Haben Sie Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> Ja |

Die Zahnärzte Esens

Gemeinschaftspraxis für Zahnmedizin und Prophylaxe



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

| | | |
|----|--|--|
| | | o Nein |
| 13 | Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen? | o Ja o Nein |
| 14 | Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich (z. B. bitter, brennend, faulig, blumig, fruchtig, Knoblauch, fäkal, ranzig) | _____ _____ _____ |
| 15 | Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- oder Sozialleben? Wenn ja, welchen? | _____ _____ _____ |
| 16 | Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen? | o 30 Zentimeter o einen Meter o weiter als einen Meter |
| 17 | Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen? | o Ja o Nein |
| 18 | Benutzen Sie Zahnseide? | o Nein o Ja, ____ mal pro _____ |
| 19 | Benutzen Sie Mundwasser? | o Ja, ____ mal pro _____ Namen des Mundwassers: |
| 20 | Haben Sie Allergien? | o Nein o Ja, gegen _____ |
| 21 | Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen? | o Nein o Ja |
| 22 | Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit? | o Nein o Ja, ____ mal pro _____ |
| 23 | Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben? | o Nein o Ja |
| 24 | Woher kommt ihrer Meinung nach ihr Mundgeruch? | o vom Mund o von der Nase o von beidem |
| 25 | Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich? | o Antibiotika |

Die Zahnärzte Esens

Gemeinschaftspraxis für Zahnmedizin und Prophylaxe



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

| | | |
|----|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Asthma-Spray <input type="checkbox"/> Mittel gegen Magensäure <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Andere Medikamente: _____ _____ |
| 26 | Welche Ursache(n) glauben Sie, sind bei Ihnen für den Mundgeruch verantwortlich ? | _____ _____ _____ _____ |
| 27 | Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft? | <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Mundwasser <input type="checkbox"/> Kaugummi <input type="checkbox"/> "Bonbons" <input type="checkbox"/> Vermeidung gewisser Nahrungsmittel welche _____ <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |
| 28 | Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs z.B.: Zahnarzt, Hausarzt, HNO-Arzt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 29 | Wenn ja, wann? | _____ |
| 30 | Wenn ja, welcher Arzt/welche Ärzte | <input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> NHO-Arzt <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> anderer Arzt: _____ |
| 31 | Was würde bei diesem Arzt/diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen? | <input type="checkbox"/> Untersuchung des Mundes <input type="checkbox"/> Untersuchung des Halses <input type="checkbox"/> Untersuchung der Nasennebenhöhlen <input type="checkbox"/> Untersuchung des Magens <input type="checkbox"/> Untersuchung des Blutes <input type="checkbox"/> Röntgenbilder <input type="checkbox"/> Gastroskopie/ Magenspiegelung <input type="checkbox"/> Einen zahnärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |
| 32 | Sind Ihnen von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 33 | Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Antibiotika |

Die Zahnärzte Esens

Gemeinschaftspraxis für Zahnmedizin und Prophylaxe



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

| | | |
|----|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Magensäure <input type="checkbox"/> Mundwasser <input type="checkbox"/> Lutschtabletten <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |
| 34 | Wurde Ihr Mundgeruch auch bei einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt (Chiropraktiker, Homöopathie)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 35 | Wenn ja, welche Art der Behandlung? | _____ _____ _____ _____ |
| 36 | Hatten Sie jemals einen der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden? | <input type="checkbox"/> Nase- Nebenhöhlenentzündung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nase <input type="checkbox"/> Magenprobleme <input type="checkbox"/> Lungen- oder Bronchialerkrankungen <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Gemüts <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| 37 | Machen Sie eine spezielle Diät? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ |
| 38 | Haben Sie eines der folgenden Probleme durch schlechten Atem? | <input type="checkbox"/> Ich vermeide es, mit anderen Menschen zu sprechen <input type="checkbox"/> Ich bin gehemmt, wenn jemand in meine Nähe kommt <input type="checkbox"/> Ich mag keine andere Menschen treffen <input type="checkbox"/> Ich kann nicht mit Menschen in nähere Beziehung treten <input type="checkbox"/> Andere Menschen meiden mich <input type="checkbox"/> Andere: _____ <input type="checkbox"/> Nein, ich habe keines diesen Probleme |
| 39 | Waren Sie betroffen über die Reaktion anderen Menschen wegen Ihres schlechten Atems? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 40 | Wenn ja, welche Reaktion löst Ihr Atem aus? | _____ _____ _____ |
| 41 | Sind Sie sicher, dass diese Reaktion durch das Problem Ihres Atems ausgelöst wurde? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

Datum: _____

Unterschrift: _____

Liebe Patient

Bitte beachten Sie folgende Verhaltensregeln:

Zwei bis vier Stunden vor dem Termin nichts Essen und die Zähne nicht putzen.

Vor der Untersuchung keinen Kaffee trinken oder Rauchen.

Benutzen Sie keine Produkte, die den ggf. bestehenden Mundgeruch überdecken könnten, Dazu gehören: Kaugummi, Lutschen von Pfefferminz, Gurgeln mit Mundspüllösung/ Mundwasser, Aftershave, Parfüm, parfümierte kosmetische Produkte.

Letzte Antibiotika Einnahme sollte länger als vier Wochen zurück liegen.

Mind. 72 Stunden vor dem Termin keinen Knoblauch, Zwiebel oder Alkohol konsumieren.

Sonst kann das Ergebnis verfälscht sein.