



**Beratungsbogen**

**Patient**

Geburtsdatum

Beruf

Name Vorname

Straße/ Hausnummer

PLZ/ Ort

Telefon Telefon (Mobil) E-Mail

**Krankenkasse**

- gesetzlich\*     freiwillig\*     privat     zusatzversichert     beihilfeberechtigt

**i** \* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

**Wie wünschen Sie Ihre Terminerinnerung?**

- Anruf     SMS     E-Mail     nicht gewünscht

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf zahnärztliche Behandlungen haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**1.) Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> TBC                              | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                           |
| <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung           | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen                | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion                                |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)      | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsleiden                              |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen           | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)        | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen                           |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung           | <input type="checkbox"/> Thrombose                                    |
| <input type="checkbox"/> Magen-/ Darmerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Osteoporose                      |   |
| <input type="checkbox"/> Organtransplantat          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <b>wenn ja, seit wann?</b> <input style="width: 150px;" type="text"/> |

**b) Allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Materialien**

ja     nein    **welche?**

- c) Herzinfarkt     ja     nein
- Schlaganfall     ja     nein
- Lähmungen     ja     nein    **ggf. wann?**

d) Blutdruck     niedrig     normal     hoch    **ggf. Werte?**

**2.) Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**     ja     nein

**3.) Besteht eine Schwangerschaft?**     ja     nein    **wenn ja, welche Woche?**

## Beratungsbogen (Rückseite)

4.) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja  nein welche?

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? (z.B. ASS, Falithrom, Iscover, Plavix, Marcumar...)

ja  nein welche?  ggf. Dosierung?

Nehmen sie Bisphosphonate ein?

ja  nein welche?

Weitere Angaben (diese Angaben sind keine Pflichtangaben und können nach eigenem Ermessen ergänzt werden.)

5.) Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?  ja  nein

Leiden Sie an Zahnfleischbluten?  ja  nein

Haben Sie morgens Kieferschmerzen?  ja  nein

Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphten?  ja  nein

Sind Sie in orthopädischer Behandlung?  ja  nein

Hatten Sie schon ein Parodontose-  
behandlung?  ja  nein

Tragen Sie eine Schiene?  
(z.B. Knirscherschiene)  ja  nein

Was ist der Grund Ihres Besuches?  Kontrolle  Schmerzen  Beratung

Nur noch einige Fragen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnstellung (Form und Farbe)? wenig  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 viel

Haben Sie viel Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? wenig  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 viel

Interessieren Sie sich für neue, moderne Behandlungsmethoden?  ja  nein

Haben Sie Interesse an einem Bleaching (Zahnaufhellung)?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Interessieren Sie sich für kosmetische Behandlung  
die Zähne schön und strahlend aussehen lassen?  ja  nein

Bitte nennen Sie uns Ihren behandelnden Hausarzt?

Wie/ durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam  
geworden?

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem  
sog. Recall-Service an. Sie werden halbjährlich angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins  
zu erinnern.

Teilnahme erwünscht:  ja  nein

**i** Da wir uns für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden  
vorher abzusagen. Diese Absage ist dann nicht kostenpflichtig.  
Andernfalls behalten wir uns die Erhebung eines Ausfallhonorars nach §615 BGB vor.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum Ort

Unterschrift

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Ihr Praxisteam