

Bitte helfen Sie uns, eine auf Sie individuell abgestimmte Behandlung durchzuführen, indem Sie vorliegenden Gesundheitsfragebogen ausfüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Danke für Ihre Mitarbeit!

PATIENT

Familienname Straße Krankenkasse <input type="radio"/> Private Krankenversicherung <input type="radio"/> Zusatzversicherung..... Geburtsdatum	Vorname PLZ/ Ort Versicherungsnummer Hausarzt	Titel
Mitversichert bei:	Versicherungsnummer	
E-Mail	Tel./Mobil	
Beruf	Arbeitgeber/Dienstort	

GESUNDHEITZUSTAND

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Erkrankungen und Medikamente sehr sorgfältig an, da zahnärztliche Materialien und Arzneimittel sonst zu teils schwerwiegenden Komplikationen führen können.

Zutreffendes bitte ankreuzen

	ja	nein		ja	nein
Herz-, Kreislauferkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kreislaufbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung/ Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbsucht/ Hepatitis A/ B/ C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raucher/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

BITTE WENDEN!

ja nein

Stehen Sie zurzeit **in ärztlicher Behandlung** bzw. leiden Sie an einer schweren Krankheit?

Wenn ja, weshalb bzw. welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** bzw. **blutverdünnende Mittel** ein?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie **Überempfindlichkeiten** gegen Medikamente oder sonstige **Allergien**?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Zahnschmerzen?

Wenn ja, wo _____

Haben Sie häufiges Zahnfleischbluten?

FÜR UNSERE ANGSTPATIENTEN

Bitte stellen Sie sich die unten aufgeführte, bewusst provozierende Frage in Ruhe mit geschlossenen Augen vor! Danach kreuzen Sie die entsprechende Empfindung auf der Skala an, ohne weiter zu überlegen.

Wie hoch schätzen Sie Ihre Angst vor einer Zahnbehandlung? Markieren Sie sie auf der Skala mit einem senkrechten Strich.

Selbsteinschätzung der Zahnbehandlungsangst



Wichtige Anmerkungen zur Behandlung in unserer Praxis

Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit auf das umstrittene Amalgam verzichten. Wir verwenden für Sie u. a. biologisch verträgliche Zementfüllungen, vollkeramische Inlays oder Gold-Inlays.

Da wir für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens **24 Stunden vorher** abzusagen. Diese Absage ist dann nicht kostenpflichtig.

Bei Versäumnis oder kurzfristiger Absage längerer Behandlungstermine (ab 30 Minuten) kann eine **Ausfallgebühr in Höhe von 70,00 Euro** anfallen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben angeführten Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und erkenne die allgemeinen Geschäftsbedingungen an.

Feldkirch, am _____

Unterschrift: _____