

AOK LKK BKK IKK VdAK AEV Knappschaft

Name, Vorname des Patienten

Kassen-Nr.:                      Versicherten-Nr.                      Status

Vertragszahnarzt Nummer    VK gültig bis                      Datum

**Bitte nicht ausfüllen!**

**Telefon**  
**Privat:**..... **Geschäftlich:**.....

**Beruf :** ..... **Arbeitgeber:**.....

**Hausarzt:**.....

**Name , Adresse und Geburtsdatum des Versicherten:**  
.....  
.....

**Wo sind Sie krankenversichert ?**.....  
(Name der Krankenkasse)

gesetzlich     freiwillig versichert     beihilfeberechtigt

zusatzversichert     privat     Standard- o. Basistarif versichert

# Gesundheitsfragebogen

Um bei Ihrer Behandlung alle Risiken einschätzen zu können und die für Sie optimale Therapie zu wählen, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zu Ihrer Gesundheit	Ja	Nein	Erläuterung
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tun Ihnen morgens die Zähne weh, oder ist Ihre Kaumuskulatur verspannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ist bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten:</b>			
•Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Blutgerinnungsstörungen Nehmen Sie regelmäßig hiergegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Diabetes <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II (Altersdiabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Herz-Kreislaufferkrankungen (Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschrittmacher etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Infektionskrankheiten (HIV/ Hepatitis/ Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Angaben zu Ihrer Gesundheit	Ja	Nein	Erläuterung
-----------------------------	----	------	-------------

•Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_

•Andere Erkrankungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Wurden Sie in den vergangenen Jahr operiert?**  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwangerschaft?**  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Drogenkonsum?**  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?**  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Wurden Sie kürzlich geröntgt?**  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Ihre Wünsche und Bedürfnisse

**Wünschen Sie eine Amalgamsanierung?**  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**Empfinden Sie Angst /Unwohlsein vor der Behandlung?**            
 (Hier steht 1 für „ja“ und 9 für „nein“) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Sind Sie unzufrieden mit der Farbe/Form Ihrer Zähne?**            
 (Hier steht 1 für „ja“ und 9 für „nein“) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne?**            
 (Hier steht 1 für „ja“ und 9 für „nein“) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Ich interessiere mich für hochwertige Versorgungsformen.**            
 (Hier steht 1 für „ja“ und 9 für „nein“) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Haben Sie weitere Wünsche oder Bedürfnisse?**  ja  nein

**Kommen Sie auf Empfehlung?**  ja  nein

**Wenn ja von wem?** \_\_\_\_\_

**Möchten Sie an die halbjährigen Kontrolltermine erinnert werden? (Recall)**  ja  nein

**Bitte beachten!**

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten, bitten wir Sie um rechtzeitige Benachrichtigung. Langzeittermine (ab20Min.) müssen bis 24 Stunden vorher abgesagt werden, da wir diese Termine kurzfristig nicht neu verplanen können und Ihnen die sonst entstehende Ausfallzeit in Rechnung stellen müssen.

**Datum/ Unterschrift** \_\_\_\_\_