

Anmeldeformular

der zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis
Dr. Dotzler & Krupka



Personalien:

(Vor- und Nachname)

(Krankenkasse)

(Geburtsdatum)

(Basistarif versichert?)

(Versicherungsnehmer, Geb.Datum)

(Hausarzt) *

(Straße, Hausnummer)

(Beruf) *

(PLZ, Wohnort)

(Arbeitgeber) *

(Telefonnummer privat)

(Anschrift Arbeitgeber) *

(Handynummer)

(Telefonnummer Arbeitgeber) *

(E-mail)

* = Mit diesen Angaben helfen Sie uns weiter!

Gesundheitsfragebogen: (bitte ankreuzen)

1. Wie wichtig ist Ihnen Ihre **Zahngesundheit**?

- sehr wichtig wichtig nicht wichtig

2. Sind Sie mit Ihrer **Zahnfarbe** zufrieden?

- ja nein

3. Sind Sie interessiert am Bleichen (Bleaching) Ihrer Zähne?

- ja nein

4. Haben Sie **Angst vor der Zahnbehandlung**?

- ja nein

5. Halten Sie es für nützlich, wenn wir Sie über die neuesten Erkenntnisse im Bereich der **Zahnpflege** informieren?

- ja nein

6. Haben Sie **Zahnfleischbluten**? ja nein
7. Würden Sie sich mit einer herausnehmbaren Prothese zufrieden geben? ja nein
8. Leiden Sie öfters an **Verspannungen** im Gesichts-, Hals- oder Nackenbereich? ja nein
9. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne nicht richtig zusammenpassen bzw. dass Ihr Biss nicht stimmt? ja nein
10. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Im Speziellen, nehmen Sie Medikamente gegen **Knochenstoffwechselstörungen** wie z.B. Osteoporose ein (sog. Biphosphonate)? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
11. Reagieren Sie **empfindlich auf Lebensmittel / Arzneien**, sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
12. Leiden Sie an **Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen**? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
13. Leiden Sie manchmal an **Atemnot, Asthma** oder haben Sie gelegentlich **Brustschmerzen**? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
14. Leiden Sie an einer **Bluterkrankung**, bluten Sie leicht oder bekommen Sie schnell „blaue Flecken“? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
15. Hatten Sie schon mal **Probleme bei der Heilung von Wunden**? ja nein
16. Leiden Sie an **Diabetes**? ja nein
17. Hatten oder haben Sie ein **Leberleiden (z.B. Hepatitis C)**? ja nein
18. Leiden Sie an **AIDS** oder sind Sie **HIV positiv**? ja nein
19. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Betreuung? ja nein
- Wenn ja, weswegen? _____
20. Sind Sie **schwanger**? ja nein

*Sollen wir Sie regelmäßig an die nächste anstehende zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung per Brief erinnern (**Recall**)?* ja nein

(Datum, Unterschrift)