

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich berücksichtigen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Zahnarzt Dr. Norbert Klewe

PERSÖNLICHES

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Geburtsort	_____
Straße / Nr.	_____	E-Mail	_____
PLZ / Ort	_____	Tel. privat/mobil	_____
Beruf	_____	Arbeitgeber	_____

Sind Patient und Mitglied der Versicherung bzw. Rechnungsempfänger nicht identisch (z.B. gesetzlicher Vertreter), bitte ergänzen:

Name	_____	Straße / Nr.	_____
Vorname	_____	PLZ / Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Tel. privat/mobil	_____

Versicherung

Name der Versicherung _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversichert Beihilfeberechtigt

Dr. Norbert Klewe Zahnarzt

Neue Straße 18 • 37603 Holzminden • T 05531 . 1277233 • F 05531 . 1277255 • info@dr-klewe.de • www.dr-klewe.de



PATIENTENFRAGEBOGEN

ALLGEMEINE SITUATION

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hepatitis A, B, C	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	HIV	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tuberkulose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schlaganfall	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sonstige Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes, Typ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Cortison	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?		Antidepressiva	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Allergiepass vorhanden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Findet o. fand eine Strahlentherapie statt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
(Falls ja, Kopie bitte an die Praxis)		Wenn ja, wann?	
Magen-Darm o. Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bisphosphonate	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sonstige Erkrankungen?		in Tablettenform	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....		Spritzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen		seit wann?	
Ihrer Zähne erstellt worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzmedikamente	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, durch wen?		Sonstige Medikamante	
Regelmäßiger Zahnarztbesuch	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Bonusheft vorhanden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tragen Sie einen Zahnersatz?		Wenn ja, wieviel?	
(Kronen, Brücken, Ersatz)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Haben Sie Angst vor med. Eingriffen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, wie alt ist Ihr Zahnersatz? ca.		Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Wenn ja, in welcher Woche?	

MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung	<input type="radio"/>	Beratung	<input type="radio"/>	Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>
Neuer Zahnersatz	<input type="radio"/>	Zweitmeinung	<input type="radio"/>	Mundtrockenheit	<input type="radio"/>
Kieferorthopädie	<input type="radio"/>	Kiefergelenksbeschwerden	<input type="radio"/>		

Sonstiges:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Patient od. gesetzlicher Vertreter)

PATIENTENFRAGEBOGEN

ALLGEMEINE SITUATION

- Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? ja nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? ja nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja nein
- Wurden Ihre Zähne regelmäßig viertel/halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? ja nein

WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN:

- Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie viertel/halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? ja nein
- Per E-Mail Per SMS
- Ich stimme der Zusendung der Praxiszeitung 2x pro Jahr zu. ja nein
- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
- Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Anzeige Internet Sonstiges

IHRE WÜNSCHE

- Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen? ja nein
-
-

WICHTIG

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Wenn Sie gesetzlich versichert sind, benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns sieben Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient/in und Sie erhalten eine Rechnung.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Patient od. gesetzlicher Vertreter)