



Zahnärztliche Praxisgemeinschaft

Doctor-medic stom. Radu und Lorelai Hotinceanu

Allgemeine Zahnmedizin

info@zahnarzt-schwalmtal.de

Markt 2-8
41366 Schwalmtal
Waldniel

Hochstr. 35
41334 Nettetal

Tel: 02163 9451 0
Fax: 02163 9451 21

Tel: 02153 60 404
Fax: 02163 9451 21

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite des Fragebogens sorgfältig aus. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung der einzelnen Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Patient(in)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____ Telefon privat _____

E-Mail _____ Handy _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____ Telefon geschäftlich _____

Versicherte(r)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____ Telefon privat _____

Krankenversicherung Privat Gesetzlich Zusatzversicherung

Name _____ Ort _____

Zweigstelle _____ Versicherungs-Nr. _____

Hausarzt

Name, Ort _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Welches besondere Anliegen hat Sie zu diesem Zahnarztbesuch veranlasst?

(Bitte ankreuzen!)

- Kontrolluntersuchung Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
 Beratung über Zahnersatz Kiefergelenksbeschwerden Beratung bzgl. Implantaten
 Professionelle Zahnaufhellung Beratung über Austausch von Amalgamfüllungen
 Sonstiges _____

Wünschen Sie Informationen über unser intensives Prophylaxeprogramm gegen Karies und Parodontose?

- Ja Nein

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

(Falls ja, bitte ggf. Ergänzungen)

- Allergie (wenn ja, welche) Nein Ja _____
- Allergiepass vorhanden? Nein Ja _____
- Atemwegserkrankungen (wenn ja, welche?) Nein Ja _____
- Blutgerinnungsstörungen Nein Ja _____
- Nehmen Sie Medikamente,
die die Blutgerinnung hemmen? (z.B. Marcumar) Nein Ja _____
- Diabetes (wenn ja, welcher Typ) Nein Ja _____
- Anfallsleiden (Epilepsie) Nein Ja _____
- Schilddrüsenerkrankungen Nein Ja _____

Herz-Kreislaufferkrankungen (falls ja, bitte ggf. Ergänzungen)

- Herzinsuffizienz/-schwäche Nein Ja _____
- Angina Pectoris Nein Ja _____
- Herzinfarkt Nein Ja _____
- Herzrhythmusstörungen Nein Ja _____
- Herzschrittmacher Nein Ja _____
- Herzklappenerkrankungen Nein Ja _____
- Herzklappenersatz Nein Ja _____
- Besitzen Sie einen Herzpass? Nein Ja _____
- Ohnmachtsneigung Nein Ja _____
- Erhöhter Blutdruck Nein Ja _____
- Niedriger Blutdruck Nein Ja _____
- Durchblutungsstörungen Nein Ja _____
- Blutkrankheiten Nein Ja _____

Infektionskrankheiten (falls ja, bitte ggf. Ergänzungen)

- Hepatitis Nein Ja _____
- TBC Nein Ja _____
- Immunmangel-Syndrom (AIDS) Nein Ja _____

Sonstige Erkrankungen (falls ja, ggf. Ergänzungen)

- Lebererkrankungen Nein Ja _____
- Magen-Darm-Erkrankungen Nein Ja _____
- Nierenerkrankungen Nein Ja _____
- Osteoporose Nein Ja _____
- Rheumaerkrankungen Nein Ja _____
- Tumorerkrankungen Nein Ja _____

Weitere Fragen (falls ja, ggf. Ergänzungen)

- Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig? Nein Ja _____
- Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente
oder Materialien überempfindlich? Nein Ja _____
- Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen? Nein Ja _____
- Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja _____
- Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Nein Ja _____

Wenn ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes: _____

Nehmen Sie Medikamente? (wenn ja, welche) Nein Ja _____

Haben Sie einen Röntgenpass? _____

Ungefähres Datum der letzten Röntgenuntersuchung: _____

Was wurde bei Ihnen zuletzt geröntgt? _____

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis! Wir weisen darauf hin, dass eine Anästhesie Reaktionsfähigkeit und Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen kann.

Bitte teilen Sie uns Änderungen der oben genannten Angaben umgehend mit.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Hiermit erkläre ich mich als Patient einverstanden, dass Behandlungen fotografisch und filmisch dokumentiert werden dürfen und ggf. zu Qualitätssicherungs- und Fortbildungszwecken verwendet werden dürfen.

Datum _____ Unterschrift _____



Zahnärztliche Praxisgemeinschaft

Doctor-medic stom. Radu und Lorelai Hotinceanu

Allgemeine Zahnmedizin

info@zahnarzt-schwalmtal.de

Markt 2-8
41366 Schwalmtal
Waldniel

Hochstr. 35
41334 Nettetal

Tel: 02163 9451 0
Fax: 02163 9451 21

Tel: 02153 60 404
Fax: 02163 9451 21

Hiermit erkläre ich mich einverstanden an den Recall-System (Terminerinnerung) der Zahnärztlicher Praxisgemeinschaft

Doctor-medic stom. Radu und Lorelai Hotinceanu teilzunehmen. Bitte informieren Sie mich:



per Telefon



per Email



per Post

Haben Sie schon einmal an einer „professionellen Zahnreinigung (PZR / Individualprophylaxe / Prophylaxemaßnahme / kosmetische Zahnreinigung)“ teilgenommen?

Nein Ja _____

Wünschen Sie Informationen darüber, welche Leistungen während der professionellen Zahnreinigung durchgeführt werden?

Nein Ja _____

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 Goldinlays.

Sollten Sie einmal außerhalb Ihres Termins Schmerzen oder Probleme haben, bieten wir Ihnen hierfür spezielle Zeiten an. Wir bitten hier um einen vorherige telefonische Terminvereinbarung.

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. Bei Versäumnis oder kurzfristiger Absage längerer Behandlungstermine (ab 30 Minuten) kann eine Ausfallgebühr in Höhe von cca. 100,00 Euro anfallen.

Datum:

Unterschrift:

Special Care – 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.

Markieren Sie Ihre Angst vor einer Zahnbehandlung auf der Skala mit einem senkrechten Strich.

Wie fühlen Sie sich bei dem Gedanken, Sie müssten morgen zum Zahnarzt, weil ein Zahn behandelt werden soll?

Selbsteinschätzung der Zahnbehandlungsangst

0%

100%