



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen daher sorgfältig aus. Er dient unserer Vorbereitung auf Ihren Termin und wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Gerne helfen wir Ihnen zu den einzelnen Fragen weiter und danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

**1. Persönliche Daten:**

Ihr Name: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich.: \_\_\_\_\_  
e-Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Hauptversicherter: Name: \_\_\_\_\_  
geb.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_  
Mobil-Tel.: \_\_\_\_\_  
Beschäftigt bei: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: ja  nein   
Beihilfeberechtigt: ja  nein   
Privat versichert: ja  nein

Freiwillig versichert: ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**2. Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:**

Herz / Kreislauferkrankungen ja  nein   
Künstliche Bluter (Marcumar, Ass) ja  nein   
HIV-positiv ja  nein   
Allergien ja  nein

Infektionskrankheiten ja  nein   
Leber (Gelbsucht, Hepatitis) ja  nein   
Diabetes ja  nein   
Welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
Schwangerschaft ja  nein  Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_  
Regelmäßige Medikamente: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Empfehlung / Überweisung durch: \_\_\_\_\_

**3. Ihre Wünsche für Ihre individuelle Behandlungsplanung:**

Möchten Sie Informationen darüber, wie Sie Ihre Zähne ein Leben lang erhalten können? ja  nein   
Im Rahmen der Füllungsalternativen gibt es qualitativ-hochwertigere Alternativen zum Amalgam.  
Wünschen Sie hierüber speziell informiert zu werden? ja  nein   
Möchten Sie des weiteren Informationen über die sichere, verträgliche Amalgamentfernung? ja  nein   
Moderne Verfahren ermöglichen es uns zudem, die Farbe Ihrer Zähne aufzuhellen.  
Wünschen Sie hierüber eine Information, ob dies auch bei Ihnen möglich ist? ja  nein   
Karies im Anfangsstadium erfordert nicht immer eine Zahnfüllung. Zukunftsweisend sind eventuelle  
Möglichkeiten der Zahnversiegelung. Wünschen Sie hierüber informiert zu werden? ja  nein

**4. Regelmäßige Vorsorge („Recall“):**

Wir führen in unserer Praxis einen kostenlosen Erinnerungsdienst für regelmäßige Vorsorgebesuche (Prophylaxe) durch. Diesen können Sie jederzeit beenden. Möchten Sie hieran teilnehmen? ja  nein

**5. Wichtige Anmerkungen zur Behandlung in unserer Praxis:**

- Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit auf das umstrittene Amalgam verzichten. Gegen einen geringen Aufpreis verwenden wir für Sie u. a. biologisch verträgliche, plastische Keramikfüllungen oder vollkeramische Füllungen.
- Sollten Sie einmal außerhalb Ihres Termins Schmerzen oder Probleme haben, bieten wir Ihnen hierfür spezielle Zeiten an. Wir bitten hier um eine vorherige telefonische Terminvereinbarung.
- Da wir uns für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitten wir Sie, vereinbarte Termine bis mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Diese Absagen sind dann nicht kostenpflichtig.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_