



ALFRED-BAUMGARTEN-STR. 4 86825 BAD WÖRISHOFEN

— Dr. med. dent. Susanne Goldmann
Dr. med. dent. Frank Goldmann
Zahnärzte

TELEFON 0 82 47 30 88 55 FAX 0 82 47 30 88 56

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Sollte der Platz für Zusatzangaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte unter Angabe des Punktes die Rückseite des Blattes. Der Fragebogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Patient
Herr/Frau _____
Name Vorname Geb.-Datum:

Mitglied/
Versicherter _____
Name Vorname Geb.-Datum:

Anschrift _____
Straße Nr. PLZ/Ort

Telefon _____
Telefon Telefon geschäftlich/Handy

Name der Krankenkasse _____

Gesetzlich Versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt

Zusatzversicherung Privat Basistarif versichert

Beruf _____ Hausarzt _____

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt/-prothese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Infektionserkrankungen		
HIV (Aids), Tuberkulose, MRSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hepatitis (A, B, C)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allergien/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Weitere Erkrankungen		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lungenerkrankungen/ Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diabetes-/ Zuckererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leber-, Magen-, Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nervenerkrankungen/ Depressionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krebs-/ Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allgemeine Angaben		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, <input type="checkbox"/> > 10 Zig. / Tag <input type="checkbox"/> < 10 Zig. / Tag
Regelmäßige Medikamente z.B Blutverdünner (ASS, Marcumar, Plavix,...), Bisphosphonate (Zometa,...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann/ welche?
Für die zahnärztliche Behandlung:		
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Haben Sie Schmerzen im Gesicht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann:
Leiden Sie unter Kopf/ Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Tragen Sie Zahnersatz/ Prothesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann:
Hatten/ Haben Sie Verletzungen im Kiefer/ Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann:
Müssen sie Antibiotikum vor zahnärztlichen Behandlungen einnehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Dürfen wir Sie per SMS an Ihren Termin erinnern (**bitte Handynummer eintragen**) ja nein

Möchten Sie von uns unverbindlich an Ihre halbjährlichen Kontrolluntersuchungen erinnert werden?
(Recall)

ja nein

per Brief

per SMS

per Email

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Bitte sagen Sie Ihre Termine **mindestens 24 Stunden** vorher ab!

Sowohl keine als auch eine nur kurzfristige Terminabsage führen nach der geltenden Rechtslage zu einem Vergütungsanspruch, den wir geltend machen können. Es handelt sich um den Betrag, der unter Berücksichtigung von ersparten Anwendungen für die geplante Therapie berechnet worden wäre. (Laut BLZK zwischen 180 und 240 Euro).

Wir bitten um Ihr Verständnis für dieses Vorgehen, da auch dann Praxiskosten entstehen, wenn keine Patienten behandelt werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____