******

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

**bitte nehmen Sie sich ein Moment Zeit für diesen Fragebogen. Füllen Sie ihn nach Möglichkeit vollständig aus, denn er dient unserer Vorbereitung auf Ihren Termin und hilft uns sie möglichst Individuell beraten zu können. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.**

**PERSÖNLICHE DATEN:**

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. (privat): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dienst: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HAUPTVERSICHERTER:**

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Freiwillig versichert: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zusatzversichert: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nur für Kassenpatienten:**

Moderne Behandlungsmethoden werden nicht immer vollständig von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Wünschen Sie Informationen über moderne Techniken ( ) Ja ( ) Nein

**Sind Sie Zusatzversichert?**  ( ) Ja ( ) Nein

**Was ist der Grund Ihres Besuches:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SPECIAL CARE FÜR UNSERE ANGSTPATIENTEN:**

Bitte schätzen Sie Ihre Angst selbst ein auf der Skala am Ende der Seite (0%-100%).

0% I-------------------------------------------------------------50%-----------------------------------------------------------------I 100%

**Gesundheitsfragen:**

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Erkrankungen und Medikamente sehr sorgfältig an, da zahnärztliche Materialien und Arzneimittel sonst zu schwerwiegenden Komplikationen führenkönnen.

**Herz-Kreislauferkrankung Ja Nein Künstlicher Bluter (Marcumar, ASS) Ja Nein**

**Lebererkr. (Hepatitis) Ja Nein Diabetes Ja Nein**

**Infektionskrankheiten Ja Nein HIV-positiv Ja Nein**

**Allergien: Ja Nein Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sonst. Erkr.: Ja Nein Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Regelm. Medikamente: Ja Nein Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Schwangerschaft: Ja Nein Monat: \_\_\_\_\_\_**

**Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**WICHTIGE ANMERKUNGEN ZUR BEHANDLUNG IN UNSERER PRAXIS:**

Eine unserer Praxisphilosophien ist unsere Patienten individuell zu beraten und uns vor allem ausreichend Zeit für Sie zu nehmen. Wir sind der Meinung, dass hochwertige Behandlungen nur in einer Bestellpraxis funktioniert.

Als solche sind wir darauf angewiesen, dass vereinbarte Termine mind. 24 Stunden vorher abgesagt werden, sollten Sie von Ihnen nicht wahrgenommen werden können. Daher bitten wir um Ihre Mitarbeit.

Sollten Sie außerhalb Ihres Termins Schmerzen oder Probleme haben, bieten wir unseren Patienten selbstverständlich eine Notfallbehandlung noch am selben Tag an. Wir bitten auch hier um eine vorherige telefonische Terminvereinbarung, da wir uns für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen wollen.

In unserer Praxis wird grundsätzlich auf das umstrittene Amalgam verzichtet. Alternativ verwenden wir für Sie biologisch verträgliche Kunststoff- und Zementfüllungen, vollkeramische Inlays oder Goldinlays.

**KURZFRISTIGE TERMINWAHRNEHMUNG**

Ist es Ihnen möglich, auch kurzfristig Termine zu vereinbaren? ( )Ja ( )Nein

**WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?**

Familie Schmerzdienst Außenwerbung

 Krankenkasse Telefonbuch Internet

 Überwiesen von Dr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Freunde/Bekannt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben angeführten Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.**

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**