



Dr. Thomas & Dr. Christian Weber

PRAXIS FÜR ZAHNGESUNDHEIT

Zertifiziertes Qualitätsmanagement
nach DIN ISO 9001:2015

Sehr geehrte Patienten,

bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns damit, Sie noch individueller beraten und behandeln zu können. Vielen Dank im Voraus! Ihr Praxisteam Dr. Thomas & Dr. Christian Weber

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Beruf: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Mitgliedsfamilienname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen durch? _____

Spezielle medizinische Anamnese:

● Leiden Sie an	Ja	Nein
● Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV u.s.w.)? _____	☐	☐
● Herz-/Kreislaufbeschwerden? _____	☐	☐
● Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)? _____	☐	☐
● Schilddrüsenerkrankungen? _____	☐	☐
● Nieren- oder Lebererkrankungen? _____	☐	☐
● Allergien/Arzneimittelüberempfindlichkeit? _____	☐	☐
● speziellen Problemen oder sonstigen Erkrankungen? _____	☐	☐
● Sind Sie in orthopädischer Behandlung? _____	☐	☐
● Haben Sie schon einmal eine Bisphosphonat-Therapie erhalten? _____	☐	☐
● Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____	☐	☐
● Sind Sie aktuell schwanger? _____ Woche: _____	☐	☐

Zahnärztliche Anamnese:

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____ Monat: _____ Jahr: _____

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich? _____

	Ja	Nein		Ja	Nein
Rauchen Sie?	☐	☐	Haben oder hatten Sie schon einmal Beschwerden beim Kauen?	☐	☐
Haben Sie Zahnfleischbluten, -rückgang?	☐	☐	Hatten Sie jemals eine kieferorthopädische Behandlung?	☐	☐
Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung?	☐	☐	Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?	☐	☐
Leiden Sie des öfteren unter Herpes oder Aphten?	☐	☐	Knirschen Sie mit den Zähnen?	☐	☐

Ich bin damit einverstanden, u. a. per E-Mail oder SMS, an meine Termine erinnert zu werden. Außerdem nehme ich zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 STGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.zahnaerzte-weinsberg.de. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

Bei Nichterscheinen oder sehr kurzfristiger Terminabsage, innerhalb von 24 Std. vor dem Termin, behalten wir uns vor, die uns anfallenden Kosten in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in