

Aufnahmebogen für Senioren



Liebe Patientin, lieber Patient,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche

Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen

sorgfältig aus. Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich

behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie

Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

weiblich männlich

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Dat.: _____

Straße : _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Gesetzliche Krankenversicherung: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Nein Ja welche:

private Krankenversicherung:

Angehörige für evtl. Rückfragen

Name: _____

Vorname: _____

Sohn Tochter Sonstige

Straße : _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen?

Erhöhter Blutdruck Ja Nein

zu niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

wenn ja, welche _____

Herzoperation Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein

Bluterkrankung (z.B. Blutungsneigung) Ja Nein

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis o.a.) Ja Nein

Asthma, Lungenerkrankung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Lebererkrankung Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein

Magen-, Darmerkrankungen Ja Nein

Rheuma, rheumatisches Fieber Ja Nein

Muskelerkrankung Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Raucher Ja Nein

Allergien Ja Nein

wenn ja, welche _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? wenn ja, welche

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Aspirin Marcumar

andere _____

Hausarzt _____

Tragen Sie Zahnersatz? Ja Nein

Wenn ja, kommen Sie gut mit Ihrem Zahnersatz zurecht? Ja Nein

Wenn nein, haben Sie Probleme beim Kauen? Sprechen Ästhetik

Andere Probleme

Benötigen Sie Haftcreme für einen sicheren Halt? Ja Nein

Wie alt ist ihr Zahnersatz? _____

Kommen Sie mit der Reinigung Ihrer Zähne bzw. Ihres Zahnersatzes gut zurecht?

Ja Nein

Leiden Sie an einer der weiteren aufgeführten zahnmedizinischen Erscheinungen?

Zähneknirschen Zahnschmerz

Zahnfleischbluten Zahnlockerung

Mundgeruch

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? Ja Nein

Grund des heutigen Besuches?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____
andere Quellen

Datum _____ Unterschrift _____

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten.
Kommen Sie deshalb bitte pünktlich zu Ihren Terminen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie – **mindestens einen Tag vorher** – abzusagen.