



Dr. Helmut Beer
Dr. Christoph Beer
Zahnärzte

Zahnärzte
Amanstr. 12
94469 Deggendorf

Tel 0991 | 5605
Tel 0991 | 7048
Fax 0991 | 382018

Mail: praxis@zahnarzt-dr-beer.de
Home: www.zahnarzt-dr-beer.de

Personalien

Patient: Name Vorname Geburtsdatum.....

mitversichert bei: Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: Straße Postleitzahl/Ort.....

Telefon Handy Fax

E-Mail

Arbeitgeber: Krankenkasse/Ort:

Bitte ausfüllen oder ankreuzen:

Ja Nein

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Behandelnder Arzt:

Wegen welcher Krankheit wurden oder werden Sie behandelt?

Bitte ausfüllen:

Ja Nein

Sind Sie gesetzlich versichert?

Sind Sie freiwillig versichert?

Besitzen Sie eine Zusatzversicherung?

Bitte ausfüllen:

Ja Nein

Sind Sie privat versichert?

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Sind Sie im Basistarif versichert?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden (z.B. Empfehlung, Freunde, Bekannte, Zeitung, Internet usw.)?

Wünschen Sie insbesondere über unser Prophylaxeprogramm (Vorsorge von Erkrankungen) informiert zu werden?

Ja Nein

Gesundheitsfragebogen

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Die Fragen 1 bis 20 dienen der Risikoabklärung. Zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie diese gewissenhaft beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz! Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie unsere Mitarbeiterinnen.

Ja Nein

1. Leiden Sie an
Herz-, Kreislauf- oder Gefäßkrankungen?

Wenn ja, welche: _____

2. Haben Sie manchmal
Atemnot oder Brustschmerzen?

3. Müssen Sie oft **husten?**
Husten Sie manchmal auch **Blut** oder **Schleim?**

Ja Nein

18. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher
Behandlung oder hat sich Ihr Gesund-
heitszustand irgendwie verschlechtert?

19. Sind jemals Probleme bei ärztlichen
Behandlungen aufgetreten?

Wenn ja, welche: _____

20. Sind Sie **schwanger?** weiß nicht
(Teilen Sie uns bitte jede Schwangerschaft mit!)

Bitte umblättern!

	Ja	Nein		Ja	Nein
4. Leiden Sie an Asthma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung – oder gibt es Erlebnisse mit zahnärztlicher Behandlung, über die Sie mit uns sprechen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Bluterkrankungen oder Blutungsneigungen (z.B. nach Verletzungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Ist bei Ihnen ein erhöhter Flüssigkeitsbedarf auffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Leiden Sie an Diabetes mellitus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Den folgenden Teil brauchen Sie nur dann aus-zufüllen, wenn Sie Interesse an umfassender und systematische Behandlung bestehender Gebisschäden sowie an der konsequenten Verhinderung weiterer Zahnerkrankungen haben.		
8. Leiden Sie an grünem Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie ein Prostataleiden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Halten Sie es für nützlich, dass wir Sie über neue Erkenntnisse im Bereich der Zahnpflege/Prophylaxe informieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie ein Schilddrüsenleiden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Würden Sie sich leicht mit einer herausnehmbaren Prothese abfinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts- oder Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) oder haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Würden Sie sich als nervös oder stressanfällig bezeichnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Haben Sie Schluckbeschwerden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Reagieren Sie überempfindlich auf irgendwelche Substanzen/Arzneien? Oder haben Sie Allergien ? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Leiden Sie an Rheuma oder anderen Knochen- bzw. Gelenkproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hatten/haben* Sie ein Leberleiden ? *Zutreffendes bitte unterstreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Existieren Zahn-/Kiefer- Röntgenbilder jüngeren Datums? Zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gern aufgeklärt bzw. beraten werden möchten: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hatten/haben* Sie Tuberkulose (Tbc) ? *Zutreffendes bitte unterstreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Leiden Sie an AIDS oder sind Sie HIV-positiv ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Termin-/Bestellsystem

Diese Praxis wird nach einem Bestellsystem mit telefonischer Voranmeldung geführt, um längere Wartezeiten zu vermeiden. Trotzdem kann es durch Unwägbarkeiten (Unfallpatienten, Schmerzpatienten etc.) zu längeren Wartezeiten kommen. Selbstverständlich versuchen wir Sie in solchen Situationen zu informieren. Sollten Sie zu einem Termin verhindert sein, so bitten wir Sie um frühzeitige Absage (spätestens 24 Std. vorher).

Erklärung

Ich habe diesen Anmeldebogen gelesen und verstanden. Zu meiner näheren Information hatte ich Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen.

Deggendorf, Unterschrift

Deggendorf, Unterschrift

Deggendorf, Unterschrift

Deggendorf, Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben