

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Patient,
bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig aufzufüllen.
Sie helfen uns damit, Sie noch individueller beraten und behandeln zu können. Vielen Dank.
Ihr Praxisteam der Dr. Balaom Mundgesund ZMVZ GmbH

**DR. BALAOM
MUNDGESUND**



Zahnmedizinisches
Versorgungszentrum
GmbH

Persönliche Angaben

Nachname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Krankenkasse: _____ privat beihilfeberechtigt gesetzlich freiwillig

Mitgliedsname, Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Gesetzlicher Betreuer/ Vormund (Nachweis bitte einreichen)

Nachname, Vorname _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Pflegestufe? (**Nachweis bitte einreichen**) 1 2 3 4 5

Befreiung von Zuzahlung liegt vor? (**Nachweis bitte einreichen**) Ja Nein

Schwerbehindertenausweis? (**Nachweis bitte einreichen**) Ja Nein

Spezielle medizinische Anamnese:

Liegt eine Schwangerschaft vor? SSW? _____ Ja Nein

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

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

Leiden Sie an:

Infektionskrankheiten, HIV, Hepatitis, AIDS? Ja Nein

Herz-Kreislaufbeschwerden? _____ Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen? _____ Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Nieren- oder Lebererkrankungen? Ja Nein

Allergien/ Arzneimittelüberempfindlichkeit? _____ Ja Nein

Sonstige Erkrankungen, Wenn ja welche? Ja Nein

Frühere Operationen? Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

MRSA-Krankenhauskeim? Ja Nein

Creutzfeldt-Jacob-Krankheit? Ja Nein

Liegt eine Vitamin B12 Mangel vor? _____ Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____



Zusätzliche Anamnese

Welche besonderen Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____

Haben Sie Zahnfleischbluten, -rückgang? Ja Nein

Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung? Ja Nein

Machen Ihre Kiefergelenke Beschwerden? Ja Nein

Schnarchen Sie nachts? Ja Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen Ja Nein

Möchten Sie an Ihren nächsten Prophylaxe- oder Kontrolltermin erinnert werden?

Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?



Sonstiges _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 STGB sowie der strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

Termine bitte 48 Stunden vorher absagen!!

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
