

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN Dr. Crepaz - Zahnbehandlungen

*** Bitte drucken Sie diesen Bogen aus, beantworten Sie die Fragen und nehmen den ausgefüllten Bogen bei Ihrem Zahnarzttermin in unsere Praxis mit.

*** Dieser Fragebogen kann auch unter <http://www.crepaz-zahnbehandlungen.at/content/willkommen-zum-gesundheitsfragebogen-anamnesebogen> online bearbeitet werden.

Bitte die Stammdaten unbedingt vollständig ausfüllen!

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____ PLZ: _____
 Sozialversicherungsnr.: _____ Telefon / privat: _____
 Telefon / dienstlich: _____ Mobiltelefon: _____
 Beruf: _____ Hauptversicherer: _____
 Dienstgeber: _____ E-Mail-Adresse: _____

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig aus. Sie tragen so dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand richtig beurteilen und Sie deshalb auch besser behandeln können. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt!

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam, wie haben Sie von uns erfahren?

Bitte um detaillierte Angabe! _____

Welches Anliegen führt sie zum Zahnarzt?

- Akute Schmerzen
- Routine Kontrollbesuch
- Aufgetretene Zahnmängel zu
- Grundlegende Sanierung zur zahnärztlichen Funktionsherstellung
- Gesamtsanierung nach ästhetischen und funktionellen Gesichtspunkten
- Sonstiges (bitte um Detailangaben) _____

Folgende Fragen sind nur für PatientInnenen mit Zahnarztängsten zu beantworten:

Wie groß ist Ihre Angst? geringe Angst große Angst

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt: _____

Was speziell ängstigt Sie beim Zahnarzt? _____

Wie äußert sich Ihre Zahnarzt-Angst? _____

Was würden Sie sich zur Entspannung während der Behandlung wünschen?

Haben Sie eine Versicherung für zahnärztliche Leistungen? ja nein

Wenn ja welche? _____

Welche Behandlungsform bevorzugen Sie?

Standardbehandlung mit im Bedarfsfall Lokalanästhesie

Termine für Privatbehandlungen – werden gesondert Termine vereinbart

Behandlung im Dämmer Schlaf oder Vollnarkose

Behandlung mit kassentragenen Materialien (z.B. Amalgam oder Kunststofffüllungen)

Professionelle Mundhygienebehandlungen

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Bluter/Blutungszeit verlängert

Aids oder HIV positiv

Herzfehler oder Herzbeschwerden

Schilddrüsenerkrankung

Bluthochdruck

Tumorerkrankung mit Strahlenbehandlung

Diabetes

Strahlentherapie oder Chemotherapie

Epilepsie

Kiefergelenksbeschwerden

Hepatitis A nahrungsbedingt

Hepatitis B

Hepatitis C

Augenleiden

Parodontose

Zahnfleischbluten

Tuberkulose

Asthma

Sonstige Lungenkrankheiten

Wenn ja, welche? _____

hier nicht angeführte Krankheiten

Wenn ja, welche? _____

Sind Ihnen ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente oder Zahnmaterialien bekannt?

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, Weshalb? _____

Bluten Sie bei Verletzungen oder Zahnextraktionen lange nach? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? ja nein

Wenn ja, welche und wann zuletzt? _____

Sind sie Raucher? ja nein

Wenn ja, wieviel rauchen sie täglich? _____

Sind Sie Schwanger? ja nein

Wenn ja, im wievielten Monat: _____

Bitte dringend beachten:

Durch Lokalanästhetika kann die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein. Es wird davon abgeraten, ein Kraftfahrzeug zu lenken oder Maschinen zu bedienen! Zudem können Allergien gegen Lokalanästhetika lebensbedrohliche Reaktionen Ihres Körpers auslösen.

Da die **Lokalanästhesie** in den meisten Fällen von den Krankenkassen nicht bezahlt wird, erlauben wir uns, **€35,00** pro Lokalanästhesie in Rechnung zu stellen.

Die Kosten für **Kunststoff-Füllungen** müssen **privat** bezahlt werden (mit Ausnahme im Frontbereich). Wir informieren Sie gerne in einem persönlichen Gespräch über die Behandlungsdetails bzw. Behandlungskosten.

Wir sind eine Bestellpraxis und bitten Sie deshalb, Ihre Termine einzuhalten. Nicht rechtzeitig erfolgte Terminabsagen (24 Stunden vorher) werden ohne besonderen Grund in Rechnung gestellt. Bei wiederholtem unentschuldigtem Terminfernbleiben unterbleibt eine weitere Terminvergabe in unserer Praxis.

Sollten sich Ihre Angaben im Behandlungsverlauf ändern (z.B. Ortswechsel, neue Krankheiten, Berufswechsel, Änderung des Versicherungsstandes, Medikamentenänderung ect.) bitten wir um sofortige Bekanntgabe.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung!

Datum: _____

Unterschrift der Patientin (des Patienten): _____

Kontrolliert von: _____