

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____
 (freiw.: Beruf _____ Arbeitgeber _____)

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversichert
 vollversichert Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Schön, dass Sie bei uns sind ...

Kennen Sie unsere Praxis-Website unter www.dr-goepel.de? ja nein
 Haben Sie uns in einem Bewertungsportal gefunden? ja nein ... bei Jameda? ja nein
 Sind wir Ihnen empfohlen worden? ja nein _____

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung / Worauf legen Sie besonderen Wert?

 Grund Ihres Besuches? _____
 Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____
 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ja nein
 Gibt es eine Frage, die Sie gerne an Ihren Zahnarzt stellen möchten? _____

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin (Recall-System) erinnert werden? ja nein
 Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per SMS

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Implantologie
 Parodontitisbehandlung individuelles Prophylaxeprogramm Zahnästhetik
 Amalgamsanierung Wurzelbehandlung Zahnfehlstellungsregulierung
 Kariesrisikobestimmung Mundhygieneartikel Bleaching (Zahnaufhellung)
 Sonstiges _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

überempfindliche Zähne Zähneknirschen Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch Zahnlockerungen
 häufige Kopfschmerzen/Migräne Sonstiges _____

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____
 Nehmen/Nahmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? ja nein

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
 Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

 Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein Haben Sie Asthma? ja nein

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein Herzklappenersatz/Herzfehler ja nein
 unregelmäßiger Herzschlag ja nein hoher Blutdruck ja nein
 Herzasthma, Angina Pectoris ja nein niedriger Blutdruck ja nein
 Herzschrittmacher ja nein Herzinfarkt ja nein
 Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung ja nein Schilddrüsenerkrankung ja nein
 Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/ ...) ja nein Tuberkulose ja nein
 Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
 Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja nein Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein Blutarmut (Anämie) ja nein
 Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystem

Epileptische Anfälle ja nein Krämpfe ja nein
 Psychosomatische Erkrankungen ja nein Ohnmachtsanfälle ja nein
 Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein Sonstiges? _____

Magen-/ Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt ja nein

Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere ja nein

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie ja nein

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Drogen

Drogenabhängigkeit ja nein Alkoholabhängigkeit ja nein
 Nikotinabhängigkeit ja nein

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht) ja nein
 Sonstige Ess-Störungen _____

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-
 Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom/Grüner Star? ja nein

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? ja nein
 Hausarzt/Heilpraktiker _____ Facharzt _____
 Straße+Nr. _____ Straße+Nr. _____
 Postleitzahl+Ort _____ Postleitzahl+Ort _____
 Telefon _____ Telefon _____
 E-Mail _____ E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Bitte beachten Sie: Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____

Zahnarztpraxis Dr. Goepel

Dr. Karsten Goepel

Königstr. 55

Tel.: 0 41 21 / 13 13

Dr. Kimberly Goepel

25335 Elmshorn

praxis@dr-goepel.de

