

Dr. Georg Busche

Zahnarzt • Fachzahnarzt für Oralchirurgie
TSP: Implantologie • Parodontologie • Endodontie

FRAGEBOGEN FÜR NEU IN BEHANDLUNG TRETENDE PATIENTEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name:	_____	Versichertendaten, wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind:	
Vorname:	_____		
Geburtsdatum:	_____	Name:	_____
Adresse:	_____	Vorname:	_____
Tel. Privat:	_____	Geburtsdatum:	_____
Tel. Mobil:	_____	Rechnungsempfänger, falls abweichend:	
E-Mail:	_____	Name:	_____
Beruf:	_____	Adresse :	_____
Arbeitgeber:	_____		_____
Tel. Arbeitsplatz:	_____		
Krankenkasse:	_____	Privatversicherung:	_____
pfllichtversichert:	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	beihilfeberechtigt:	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Kostenerstattung gewählt:	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>		

Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlungen? Ja / Nein

Möchten Sie unverbindlich an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? Ja / Nein

Falls ja, per E-Mail oder telefonisch unter _____

Durch wen oder was sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Bekannte Überweisung durch Zahnarzt Überweisung durch Allgemeinmediziner

Internet

Adresse

Dr. Georg Busche
Theaterplatz 9-11
52062 Aachen

Kommunikation

Tel.: 0241 - 20 999
Fax: 0241 - 20 966
info@dr-busche-implantate.de
www.dr-busche-implantate.de

Parkhäuser

Kapuzinerkarree
Elisengalerie

Bushaltestellen

Theater, Post,
Elisenbrunnen

Bankverbindung

Deutsche Bank Aachen
Konto Nr. 102 988 300
BLZ 390 700 24
IBAN 31 390 700 240 102 988 300
BIC DEU TDE DB 390

Dr. Georg Busche

Zahnarzt • Fachzahnarzt für Oralchirurgie
TSP: Implantologie • Parodontologie • Endodontie

ja nein

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen
- Starke Schmerzempfindlichkeit
- Starker Würgereiz

Was haben Sie bei Ihren bisherigen Zahnarztbesuchen am meisten vermisst?

Welche Beratungswünsche haben Sie?

- Prof. Zahnreinigung PZR
- Zahnfarbene Füllungen
- Amalgamentfernung
- Parodontalerkrankung
- Implantatversorgungen
- Vollnarkosebehandlung
- Aufhellen der Zähne (Bleaching)
- Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln
- Sonstige

Grund Ihres Besuches

Überweisung von

- Normale Kontrolluntersuchung
- Schmerzen
- Wenn ja, seit wann haben Sie Beschwerden und wo?

- Professionelle Zahnreinigung
- Haben Sie Zahnfleischbluten?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
- Sind Ihre Zähne gelockert?
- Überweisung wegen einer Parodontalbehandlung?
- Überweisung wegen einer Implantatbehandlung?
- Haben Sie Reibegeräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?
- Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?
- Überweisung wegen Kiefergelenksbeschwerden?
- Kariesrisikotest

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- Herzkrankungen
- Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsneigung
- Marcumar / Gerinnungshemmer
- Blutungsneigung / Bluterkrankung
- Rheuma
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Lebererkrankung (Hepatitis)
- Magen- / Darmerkrankung
- Nierenerkrankung
- Nervenerkrankungen
- Immunschwäche (AIDS)
- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

-
- Lungenerkrankung / Asthma
- Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung
- Epilepsie
- Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung

Wenn ja, welche: _____

Allergien

Wenn ja, welche: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie Raucher?

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat: _____

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Ich möchte nie wieder Karies haben

Vorname / Nachname Ort, Datum