Dr. med. dent. Peter Weichel | Zahnarzt | Münsterstr. 68 | 48431 Rheine

Dr. med. dent. Peter Weichel
Zahnarzt
Münsterstr. 68
48431 Rheine
Tel. 0 59 71 | 5 34 25
www.dr-weichel.de

Patientenfragebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine bestmögliche und risikofreie Behandlung.

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____
Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
Anschrift PLZ _____ Ort _____
Straße/Nr. _____ Telefon _____
E-Mail _____ mobil _____

Beruf _____ **Arbeitgeber** _____

Name der Krankenkasse/ Privatkrankenkasse _____

☐ **beihilfeberechtigt** ☐ **zusätzlich versichert** ☐ **freiwillig versichert**

Allgemeine Situation

Zahn-Mund-Situation

	ja	nein
Allergien	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Schilddrüsenüberfunktion	☐	☐
Schilddrüsenunterfunktion	☐	☐
hoher Blutdruck	☐	☐
niedriger Blutdruck	☐	☐
Blutgerinnungsstörungen, z.B. verlängerte Blutung nach Schnittwunden oder nach Operationen	☐	☐
Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis / TBC / HIV	☐	☐
Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐	☐
Augenerkrankung	☐	☐

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

_____

_____

	ja	nein
Zahnfleischbluten/-rückgang	☐	☐
Geräusche im Kiefergelenk	☐	☐
Schmerzen am Kopf/Nacken	☐	☐
Tragen Sie Zahnersatz?	☐	☐
Seit wann? Seit _____ Jahren.		
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form ihrer, Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln" zufrieden?	☐	☐
Haben Sie Interesse an einer intensiven Vorsorge gegen Zahnfleischrückgang und Karies?	☐	☐

Dr. med. dent. Peter Weichel | Zahnarzt | Münsterstr. 68 | 48431 Rheine

Dr. med. dent. Peter Weichel
Zahnarzt
Münsterstr. 68
48431 Rheine
Tel. 0 59 71 | 5 34 25
www.dr-weichel.de

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?
Vor _____ Monaten.
bei Zahnarzt _____
Straße / Nr. _____
PLZ / Ort _____

Für weibliche Patienten:
Besteht eine Schwangerschaft?

- ☐ **Ja**
- ☐ **Nein**
- ☐ **Ungewiss**

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

_____

_____

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

_____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

_____ _____

Datum **Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)**