

Fragebogen Erstaufnahme (bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, um bestmöglich auf Ihre Wünsche zur Behandlung eingehen zu können (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Was ist der Hauptgrund Ihres Besuchs?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beschwerden an Zähnen | <input type="checkbox"/> Ästhetische Probleme |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden am Zahnfleisch | <input type="checkbox"/> Kauprobleme |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden an Weisheitszähnen | <input type="checkbox"/> Probleme am Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden im Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> Schlechter Prothesenhalt |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden im Kopfbereich/HWS | <input type="checkbox"/> Wunsch nach Neuversorgung |
| <input type="checkbox"/> Versorgung fehlender Zähne | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung |
| <input type="checkbox"/> Frühkindliche Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden (Konsiliaruntersuchung) |
| | <input type="checkbox"/> Schnarchen, Schlafapnoe |

Überweisung / Empfehlung durch:

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden:

Welche besonderen Anliegen haben Sie?

Haben Sie bezüglich Ihres Anliegens schon andere Ärzte oder Zahnärzte konsultiert? Wenn ja, wen?

- Nein
 Ja, folgende/r Kollege/n:

Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt?

- Nein Ja, bei: _____

Bestätigung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter