

# DR. INGO DRONG

## -GANZHEITLICHE ZAHNHEILKUNDE-

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, er dient unserer Vorbereitung auf Ihren Termin. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Gerne helfen wir Ihnen zu den einzelnen Fragen weiter und danken für Ihre Mitarbeit.

### 1. Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Telefon (dienstl.): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### 1.1 Hauptversicherter / Rechnungsempfänger

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_  Freiwillig versichert: \_\_\_\_\_  
 Private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  Beihilfeberechtigt  
 Zusatzversicherung

### 2. Gesundheitszustand

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Erkrankungen und Medikamente sehr sorgfältig an, da zahnärztliche Materialien und Arzneimittel sonst zu schwerwiegenden Komplikationen führen können.

Herz- Kreislauferkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Künstliche Bluter (Marcumar, ASS)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leber (Gelbsucht, Hepatitis)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	HIV-positiv	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Welche?	_____				
Sonstige Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Welche?	_____				
Regelmäßige Medikamente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Welche?	_____				
Schwangerschaft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Monat: _____		

Hausarzt \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Familie
- Bekannte
- Krankenkasse
- Telefonbuch, Internet, Auskunft
- Überwiesen von Dr. \_\_\_\_\_
- Schmerzdienst

Bitte wenden

### 3. Haben Sie Wünsche für Ihre individuelle Behandlungsplanung?

- Möchten Sie Informationen darüber, wie Sie Ihre Zähne ein Leben lang erhalten können? Ja  Nein
- Karies im Anfangsstadium erfordert nicht immer eine Zahnfüllung. Zukunftsweisend sind eventuelle Möglichkeiten der Zahnversiegelung. Wünschen Sie hierüber Informationen? Ja  Nein
- Haben Sie schon einmal an einer „professionellen Zahnreinigung (PZR / Individualprophylaxe / Prophylaxemaßnahme / kosmetische Zahnreinigung)“ teilgenommen? Ja  Nein
- Wünschen Sie Informationen darüber, welche Leistungen während der professionellen Zahnreinigung durchgeführt werden? Ja  Nein

### 4. Wichtige Anmerkungen zur Behandlung in unserer Praxis

Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit auf das umstrittene Amalgam verzichten. Wir verwenden für Sie u. a. biologisch verträgliche Zementfüllungen, vollkeramische Inlays oder Goldinlays.

Sollten Sie einmal außerhalb Ihres Termins Schmerzen oder Probleme haben, bieten wir Ihnen hierfür spezielle Zeiten an. Wir bitten hier um einen vorherige telefonische Terminvereinbarung.

Da wir uns für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Diese Absage ist dann nicht kostenpflichtig.

Bei Versäumnis oder kurzfristiger Absage längerer Behandlungstermine (ab 30 Minuten) kann eine Ausfallgebühr in Höhe von 75,00 Euro anfallen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben angeführten Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Und erkläre mich einverstanden, an dem von der Praxis Dr. Drong durchgeführten Recall-System (Terminerinnerung) teilzunehmen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 5. Special Care – für unsere Angstpatienten

Bitte stellen Sie sich die unten aufgeführte bewusst provozierende Frage in Ruhe mit geschlossenen Augen vor! Danach kreuzen Sie die entsprechende Empfindung auf der Skala an, ohne weiter zu überlegen. Markieren Sie Ihre Angst vor einer Zahnbehandlung auf der Skala mit einem senkrechten Strich.

Wie fühlen Sie sich bei dem Gedanken, Sie müssten morgen zum Zahnarzt, weil ein Zahn behandelt werden soll?

Selbsteinschätzung der Zahnbehandlungsangst

