

**Ganzheitliche Zahnheilkunde – Praxis Dr. Drong & Team – Prophylaxe und  
Mundgesundheit**

Holstenplatz 20 – 22765 Hamburg – 040 / 303 98 680 – www.zahnarzt-hamburg.com

**Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Drong & Team**

Bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen aus. Gerne helfen wir Ihnen bei Fragen weiter.

Ich bin Hauptversicherter / Rechnungsempfänger

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_ mail (privat): \_\_\_\_\_

- Gesetzlich krankenversichert oder freiwillig GKV versichert bei \_\_\_\_\_
- Kostenerstattung nach §13 SGB V für gesetzlich Versicherte \_\_\_\_\_
- Privat krankenversichert bei \_\_\_\_\_
- Privat zusatzversichert / Privat zahnersatzversichert \_\_\_\_\_
- Beihilfeberechtigt

Ich bin mitversicherter Familienangehöriger / Betreuer / Vormund

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_ mail (privat): \_\_\_\_\_

Mein Gesundheitszustand

Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlungsplanung haben. Bitte geben Sie Ihre Erkrankungen und Ihre Medikamente sehr sorgfältig an.

- Herz- / Kreislauferkrankungen \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, o.a.) \_\_\_\_\_
- Künstliche Bluter (z.B. ASS / Marcumar etc.) \_\_\_\_\_
- Allergien \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen (z.B. Diabetes) \_\_\_\_\_
- Regelmäßige Medikamente \_\_\_\_\_

Wenn erforderlich

- Ich bin Raucher, täglich ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten
- Bestehende Schwangerschaft in der \_\_\_\_\_ SSWoche
- Mein Hausarzt / Internist / Diabetologe ist \_\_\_\_\_
- Mein Heilpraktiker / Homöopath / Umweltmediziner \_\_\_\_\_

Haben Sie Wünsche für Ihre individuelle Behandlungsplanung ?

- Ich möchte nur meine Routinekontrolle
- Ich bin an zahnärztlicher Vorsorge interessiert und möchte Informationen über das zahnmedizinische Risikoscreening und Prophylaxeangebot der Praxis Dr. Drong
- Ich habe Probleme am Zahnfleisch und brauche dazu Informationen / Hilfe
- Ich interessiere mich für Zahnersatz oder Implantate
- Ich bin Angstpatient und brauche Informationen zu Ihrer speziellen „Angstsprechstunde“.
- Ich habe Mundgeruch und brauche dazu Informationen /Hilfe
- Ich komme für eine zweite Meinung
- Ich habe starke Schmerzen und komme als Notfall / Schmerzpatient

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

- Familie, Freunde, Bekannte oder Arbeitskollegen
- Internet, Praxisschild
- Überwiesen von \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit auf das umstrittene Amalgam verzichten. Da wir für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Diese Absage ist dann nicht kostenpflichtig. Bei kurzfristiger Absage oder Versäumnis von Behandlungsterminen (>20 min.) kann eine Ausfallgebühr in Höhe von 75,- € anfallen.

Wird ein Krankenversicherungsnachweis der GKV-Patienten nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin vorgelegt, müssen wir nach Krankenkassen-Richtlinie die entstandenen Kosten privat in Rechnung stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift