

Praxis Dr. Josef Dirr - Zahnarzt – 84034 Landshut

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.
Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.
Bei evtl. Fragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen
Schweigepflicht.

Name:.....	Arbeitgeber:.....
Vorname:.....	Beruf:.....
Geb:.....	Tel. berufl:.....
Plz/Ort:.....	Krankenkasse:.....
Straße, Nr:.....	Versicherter:.....
Telefon:.....	Geb:.....
Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Fallen Sie unter die Härtefallregelung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn Sie Privat versichert sind: normal versichert <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/>	

Ihr Hauptanliegen:

Auf wessen Empfehlung kommen Sie:

Haben Sie Zahnschmerzen <input type="checkbox"/>	Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches <input type="checkbox"/>
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen <input type="checkbox"/>	Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne unzufrieden <input type="checkbox"/>	Leiden Sie an Mundtrockenheit <input type="checkbox"/>

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Karies – Vorsorge <input type="checkbox"/>	Kiefergelenksbehandlung <input type="checkbox"/>	Implantate <input type="checkbox"/>
Parodontal - Behandlung <input type="checkbox"/>	Zahnfarbige Keramik-Füllungen <input type="checkbox"/>	Belägeentfernung (Kaffe, Tee) <input type="checkbox"/>
Amalgam – Entfernung <input type="checkbox"/>	Hochwertigen Zahnersatz <input type="checkbox"/>	

Medizinische Befunderhebung

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herzerkrankungen <input type="checkbox"/>	Rheuma <input type="checkbox"/>	Künstl. Bluter (Marcumar) <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>	Lebererkrankung, Gelbsucht <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Immunschwäche (HIV+) <input type="checkbox"/>	Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>

Allergien <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche:.....
Nehmen Sie Medikamente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche:.....
Schwangerschaft, Monat <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstiges:.....

Ihr Hausarzt ist:.....Tel:.....

Ich bin darüber informiert, dass ich Termine, die ich nicht einhalten kann, spätestens 24 Std. vorher ändere, andernfalls wird mir die ungenützte Zeit in Rechnung gestellt. Als sozialversicherter Patient verpflichte ich mich, spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn meine Versicherungskarte vorzulegen; andernfalls bin ich mit einer privaten Rechnungsstellung einverstanden.

Datum:..... Unterschrift:.....

Hinweis: Die Verträge mit den Krankenkassen beinhalten nicht alle Leistungen einer modernen Zahnheilkunde!