

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein privat versichert ☐ ja ☐ nein Basistarif ☐ ja ☐ neinZusatzversicherung ☐ ja ☐ nein beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?**

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten empfohlen ☐ Telefon- / Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige☐ Überweisung von _____☐ Internet, über die Seite _____ ☐ Sonstiges _____Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ☐ ja ☐ neinMöchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ☐ ja ☐ neinMöchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ☐ ja ☐ nein**- bitte wenden -**



Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- | | |
|---|--|
| ☐ Routinekontrolle | ☐ neuen Zahnersatz |
| ☐ Beratung | ☐ „zweite Meinung“ |
| ☐ Schmerzbehandlung | ☐ andere Gründe: |

Haben Sie akute Schmerzen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- ☐ Dauerschmerz
- ☐ Zähne reagieren auf süß / sauer
- ☐ Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- ☐ Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- ☐ Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- ☐ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- ☐ Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | ☐ ja | ☐ nein |
| Leber | ☐ ja | ☐ nein |
| Nieren | ☐ ja | ☐ nein |
| Schilddrüse | ☐ ja | ☐ nein |
| Magen-Darm-Traktes | ☐ ja | ☐ nein |
| Gelenke (Rheuma) | ☐ ja | ☐ nein |
| Wirbelsäule | ☐ ja | ☐ nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| hohen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| niedrigen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| Diabetes | ☐ ja | ☐ nein |
| Zahnfleischbluten | ☐ ja | ☐ nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | ☐ ja | ☐ nein |
| Epilepsie | ☐ ja | ☐ nein |
| Grünen Star | ☐ ja | ☐ nein |
| Tuberkulose | ☐ ja | ☐ nein |
| HIV (Aids) | ☐ ja | ☐ nein |
| Hepatitis | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | ☐ A | ☐ B ☐ C |
| Allergien | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, wogegen? | <hr/> | |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|--|---|
| ☐ eine Herzklappenentzündung | ☐ Angina Pectoris |
| ☐ einen Herzschrittmacher | ☐ einen Herzinfarkt |

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|---|---|
| ☐ Herzmedikamente | ☐ Cortison (Kortikoide) |
| ☐ Schmerzmittel | ☐ Antidepressiva |
| ☐ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? | |
| ☐ andere Medikamente: | |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | ☐ ja | ☐ nein |
| Rauchen Sie? | ☐ ja | ☐ nein |

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift