

## 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 unserer Praxis.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag / -ort \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Tel. / Fax privat \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Privat	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zusatzversicherung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
			Basistarif	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Tel. / Fax privat \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher ab, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen    Telefon- / Branchenbuch    Internet, über die Seite \_\_\_\_\_

Überweisung von \_\_\_\_\_    Sonstiges \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?    ja    nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?    ja    nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?    ja    nein

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

- Routinekontrolle
  - Beratung
  - Schmerzbehandlung
  - neuen Zahnersatz
  - „zweite Meinung“
  - 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
- Kiefer- / 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
- Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein
- Wirbelsäule  ja  nein

## Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck  ja  nein
- Niedrigen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein
- eine Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Rheuma  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C
- Allergien  ja  nein

Wenn ja, gegen was?

---

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?
  - nehmen Sie Medikamente gegen Knochen- oder Stoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben diese früher eingenommen?
  - 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

## Liebe Patienten,

**Betäubungsmittel** (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit herabsetzen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Planung Ihrer Behandlungstermine.

Lassen Sie sich bringen und abholen oder kommen Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu uns.

Sie haben Ihre **Versichertenkarte vergessen**? Kein Problem - reichen Sie sie einfach innerhalb der nächsten 10 Tage nach. ( Falls nicht, müssen wir die erbrachten Leistungen privat berechnen.)

Datum

Unterschrift