



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 _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ☐ ja ☐ nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, 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 Email erhalten?

☐ ja ☐ nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie? ☐ per Telefon ☐ per Post ☐ per E-Mail ☐ per Sms



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
- ☐ Kiefer / Kiefergelenk

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, wogegen?

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