

**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. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?**

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

**Haben Sie eine Zusatzversicherung?**  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie ein lückenlos geführtes Bonusheft?**  ja  nein

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

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

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

**Hinweise zur Organisation**

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie daher, 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 E-Mail erhalten?  ja  nein

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

Wenn ja, wie?  per Post  per E-Mail  per SMS

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle  | <input type="radio"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Beratung          | <input type="radio"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Haben oder hatten Sie ...

- |                        |                          |   |
|------------------------|--------------------------|---|
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Hohen Blutdruck        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Niedrigen Blutdruck    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Diabetes               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Zahnfleischbluten      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Epilepsie              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Grünen Star            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Rheuma                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Tuberkulose            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| HIV (Aids)             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Hepatitis              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Wenn ja, welcher Typ?  | <input type="radio"/> A  | <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |
| Allergien              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Wenn ja, wogegen?      | <hr/>                    |   |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

---

## Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Angina Pectoris   |
| <input type="radio"/> einen Herzschrittmacher    | <input type="radio"/> 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

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.

## Fragen / Anmerkungen:

---



---



---

Datum

Unterschrift