

## 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.priv. \_\_\_\_\_ Tel.mobil \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse/private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert: ja  nein  privat versichert: ja  nein  Basistarif: ja  nein

Zusatzversicherung: ja  nein  Beihilfeberechtigt: ja  nein

## Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Versicherte?

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Warum suchen Sie uns auf?

### Wünschen Sie eine/n ...

Routinekontrolle  neuen Zahnersatz  Beratung  „zweite Meinung“

Schmerzbehandlung  andere Gründe:

Haben Sie Fragen/Anmerkungen?

## Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt, Ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundhygiene zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine an.

## Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen?

ja  nein  Telefon: \_\_\_\_\_

Brief: \_\_\_\_\_

Wenn ja, per:  E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Herzens oder Kreislauf: ja   nein

Leber: ja   nein

Nieren: ja   nein

Magen-Darm-Traktes: ja   nein

Gelenke (Rheuma): ja   nein

Schilddrüse: ja   nein

Wirbelsäule: ja   nein

### Haben oder hatten Sie ...

ein traumatisches Erlebnis

im Kopfbereich: ja   nein

Grünen Star: ja   nein

Hepatitis A: ja   nein

hohen Blutdruck: ja   nein

HIV (Aids): ja   nein

Hepatitis B: ja   nein

niedrigen Blutdruck: ja   nein

Tuberkulose: ja   nein

Hepatitis C: ja   nein

Diabetes: ja   nein

Operationen im Mund-, Kiefer,

eine erhöhte Blutungsneigung: ja   nein

Gesichtsbereich? Wenn ja, welche? ja   nein

Zahnfleischbluten: ja   nein

Ohrensausen/Tinnitus: ja   nein

Epilepsie: ja   nein

Sonstige Infektionen/Erkrankungen? Wenn ja, welche? ja   nein

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja   nein

Allergien: ja   nein

Wenn ja, welche?

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

eine Herzklappenentzündung: ja   nein

Angina Pectoris: ja   nein

Ist eine Endokarditisprophylaxe

einen Herzschrittmacher: ja   nein

einen Herzinfarkt: ja   nein

erforderlich? ja   nein

eine Herzerkrankung: ja   nein

eine Herz-OP: ja   nein

### Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente: ja   nein

Schmerzmittel: ja   nein

blutverdünnende Medikamente,

andere Medikamente?

z. B. Marcumar®, ASS? ja   nein

Wenn ja, welche? ja   nein

### Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche?

### Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja   nein

### Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja   nein

Rauchen Sie? ja   nein

Wenn ja,

Fühlen Sie sich psychisch

Schnarchen Sie? ja   nein

in welcher Woche?

stark belastet? ja   nein

Osteoporose: ja   nein

Mit einer Unterschrift bestätige ich die **Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen. Hat der Patient **das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet**, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die **Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig**.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

### Hinweis 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 ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.