

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 nein
Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Ich führe eine moderne Bestellpraxis und bin bemüht, Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu garantieren. Dies bedeutet aber, dass Sie sich unbedingt an die vereinbarten Termine halten müssen, da sonst bei uns Leerlauf entsteht. Wenn Sie einen Termin absagen müssen, so tun Sie dies bitte 24 h im Voraus. Bei nicht abgesagtem Fernbleiben behalten wir uns vor, den entstandenen Ausfall zu berechnen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

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 nein

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

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Ihr Hauptanliegen

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

Ich war zuletzt _____ beim Zahnarzt.

Leiden Sie momentan unter Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Leiden Sie manchmal / öfter unter Zahnfleischbluten (z. B. nach dem Zähneputzen)? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack? ja nein

Wurden Sie schon einmal wegen Parodontose/Parodontitis behandelt? ja nein

Kennen Sie regelmäßige Professionelle Zahnreinigung durch eine Dentalhygienikerin? ja nein

Müssen Sie eine Kieferposition suchen, um die Zähne richtig zu schließen? ja nein

Fühlen Sie sich manchmal in den Bewegungen Ihres Kiefers eingeschränkt? ja nein

Knackt Ihr Kiefergelenk gelegentlich? ja nein
Tut es dann weh? ja nein

Leiden Sie häufiger unter Verspannungen im Kopf-/Hals-/Nackенbereich? ja nein

Leiden Sie an Kopfschmerzen? ja nein

Wenn ja, wann?
 morgens mittags abends

Hatten Sie jemals eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Einschleifbehandlung? ja nein

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? ja nein
Hat das eine konkrete Ursache? ja nein

Gefällt Ihnen Ihre Zahnfarbe? ja nein

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? _____

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? _____

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift