

## 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  neinprivat versichert  ja  neinBasistarif  ja  neinZusatzversicherung  ja  neinbeihilfeberechtigt  ja  nein**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?**

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

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

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

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

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

**Hinweise zur Organisation**

**Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.**

**Kostenhinweis**

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

**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 von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

 ja  nein**- bitte wenden -**

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle  | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung          | <input type="checkbox"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> 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
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

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

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Haben oder hatten Sie ...**

- |                        |                             |   |
|------------------------|-----------------------------|---|
| hohen Blutdruck        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| niedrigen Blutdruck    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Diabetes               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Zahnfleischbluten      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Epilepsie              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Grünen Star            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Tuberkulose            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Osteoporose            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| HIV (Aids)             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Hepatitis              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
| Wenn ja, welcher Typ?  | <input type="checkbox"/> A  | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| Allergien              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein                         |
- Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

---



---

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

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

**Medikamente: Nehmen Sie ...**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente                                   | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel                                     | <input type="checkbox"/> Antidepressiva        |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? |  |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphate                                      | <input type="checkbox"/> andere Medikamente:   |
- 

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, gegen welche?

---



---

Liegt ein Pflegegrad vor?  ja  nein

Wenn ja, welcher Grad?

---



---

**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

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

---

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein

**Fragen / Anmerkungen:**


---



---



---

Datum

Unterschrift