

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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="radio"/> Ich bin privat versichert | <input type="radio"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="radio"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="radio"/> Ich bin Standardtarifversicherte(r) | <input type="radio"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r) |
| <input type="radio"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt | |
| <input type="radio"/> Ich bin privat Zusatzversichert | <input type="radio"/> Ich bin Zuschussberechtigter (Sozialamt, Versorgungsamt) | |

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 sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!



In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen
 Telefon- / Branchenbuch
 Zeitungsanzeige
 Überweisung von _____
 Internet, über die Seite _____
 Sonstiges _____

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

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

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

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
 niedrigen Blutdruck ja nein
 Diabetes ja nein
 Zahnfleischbluten ja nein
 Ohrensausen / Tinnitus ja nein
 Osteoporose 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? _____

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

- Kreislaufs ja nein
 Leber ja nein
 Nieren ja nein
 Schilddrüse ja nein
 Magen-Darm-Traktes ja nein
 Gelenke (Rheuma) ja nein
 Wirbelsäule ja nein
 Asthma ja nein

- Bluterkrankungen ja nein
 Blutgerinnungsstörungen ja nein
 Krankenhauskeim MRSA ja nein

- Creutzfeld-Jakob ja nein
 Tumor/ Karzinom/ Krebs ja nein

Wenn ja, nehmen/ nahmen Sie
in diesem Zusammenhang
Bisphosphonate?

- eine Gelenkprothese ja nein
 (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)
 Wenn ja, wo genau? _____

Sonstige Infektionen /

Erkrankungen: _____

- Schnarchen Sie? ja nein Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
 Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein Rauchen Sie? ja nein

- Liegt/ lag eine Unfallverletzung im ja nein
 Mund-, Kiefer-, oder Gesichts-
bereich vor?



Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- Stents
- Herzschrittmacher
- Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- Bypass
- Herzinfarkt
- künstliche Herzklappe
- _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
 - Schmerzmittel
 - blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
 - andere Medikamente:
- _____

- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva

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? _____

Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter Örtlicher Betäubung?

- ja
- nein

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.

Haben Sie einen Röntgenpass?

- ja
- nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass?

- ja
- nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/ Computertomographie? (Datum/ Körperteil)

Haben Sie ein Bonusheft?

- ja
- nein

Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt? _____

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift