

## 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...

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Stents                | <input type="radio"/> Bypass                |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher     | <input type="radio"/> Herzinfarkt           |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris       | <input type="radio"/> _____                 |

## Medikamente: Nehmen Sie ...

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente                                   | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel                                     | <input type="radio"/> Antidepressiva        |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? |   |
| <input type="radio"/> 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? \_\_\_\_\_

## 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