

## 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 \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz\* \_\_\_\_\_ Tel. mobil\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Terminreminderung per SMS erwünscht?  ja  nein

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

gesetzlich versichert  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein

privat versichert  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein Basistarif  ja  nein

Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja, welcher?  1  2  3  4  5

### 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 48 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

### 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  Sonstiges \_\_\_\_\_

Überweisung von \_\_\_\_\_  Internet, über die Seite \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen wichtig bei der zahnärztl. Behandlung? \_\_\_\_\_

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

- Routinekontrolle
- neuen Zahnersatz
- Beratung
- „zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung
- 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 ...

- Kreislaufs  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- Magen-Darm-Traktes  ja  nein
- Gelenke (Rheuma)  ja  nein
- Wirbelsäule  ja  nein
- Nerven/Gemüt  ja  nein

## 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
- Asthma  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C
- Creutzfeldt-Jacob-Krankheit (BSE)  ja  nein
- MRSA („Krankenhausbakterien“)  ja  nein
- Allergien ( z.B. Latexallergie)  ja  nein
- Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
- eine Gelenkprothese  ja  nein  
(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)
- Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_
- Depressionen  ja  nein
- Angstzustände  ja  nein
- Schlafstörungen mit regelmäßiger Tages-  
müdigkeit insbesondere durch Schnarchen  
oder Schlafapnoe?  ja  nein

## Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

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

- Stents
- Bypass
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Angina Pectoris
- \_\_\_\_\_

### Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Biphosphonate
- Asthmaspray
- 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? \_\_\_\_\_

### Zum Schluss

Knirschen/ Pressen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

### Fragen / Anmerkungen:

---

---

---

---

---

