

**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 unserer Praxis.

**Persönliches**

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/-ort \_\_\_\_\_

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

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	privat versichert	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Basistarif	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zusatzversicherung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Studententarif	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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**

Wir organisieren Behandlungstermine so, dass möglichst nur sehr kurze Wartezeiten entstehen und vergeben Termine jeweils nur einmal. Bitte haben Sie Verständnis dafür, wenn wir für nicht eingehaltene Termine ohne rechtzeitige Absage (24 Stunden vorher), die Kosten für den Ausfall in Rechnung stellen könnten.

**In eigener Sache**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfohlen durch \_\_\_\_\_

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



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

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

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

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

**Haben oder hatten Sie ...**

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

Wenn ja, wogegen?

- |                        |                          |                            |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| MRSA (Krankenhauskeim) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenkprothesen?       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, seit wann?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

---

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

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

**Medikamente – Nehmen Sie ...**

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

---

**zum Schluss**

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Knirschen Sie mit den Zähnen?               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie?                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ernähren Sie sich salzarm?                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schnarchen Sie?                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie an Schlafapnoe (Atemaussetzern)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

**Fragen / Anmerkungen:**

---



---



---

**Einverständniserklärung**

Ich bin mit der Einholung von Informationen über bisherige zahnmedizinische Behandlungen beim vorherigen Zahnarzt/ Arzt sowie mit der Weitergabe von Informationen (bei Zahnarztwechsel) an den zukünftigen Zahnarzt einverstanden.

Datum

Unterschrift