

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 _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass während der Behandlung Foto- und Videomaterial zu Dokumentationszwecken erstellt werden. Da die Praxis auch als Hospitations- und Fortbildungszentrum fungiert, können weitere Zahnärzte bei den Behandlungen zu Lehrzwecken anwesend sein.

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Terminabsagen

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn spätestens 24 Stunden vorher ab, damit wir den Termin möglichst anderweitig vergeben können. **Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.** Wir bitten um Ihr Verständnis.

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 Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Möchten Sie von uns per 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"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> „zweite Meinung“ |
| Beratung über: | |
| <input type="radio"/> Individualprophylaxe | <input type="radio"/> Parodontosebehandlung |
| <input type="radio"/> Implantate | <input type="radio"/> Gold-/Keramikinlays |
| <input type="radio"/> andere Gründe: | |
-

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

- | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| 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 ...

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Blutarmut (Anämie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Muskelschwäche (Myasthenie) | <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 | |
| Osteoporose | <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 | |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Hepatitis, 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? _____ | | | |
| eine Gelenkprothese (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Wenn ja, wo genau? _____ | | | |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

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"/> Bisphosphonate | |
| <input type="radio"/> andere Medikamente: | |
-

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____

Fragen / Anmerkungen

Datum

Unterschrift