



## 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.

### Persönliches

Name / Vorname .....	Geburtsdatum .....	
Straße / Nr. ....	Geburtsort .....	
PLZ / Ort .....	Tel. privat .....	
E-Mail .....	Tel. mobil .....	
Krankenkasse / private Krankenversicherung .....		
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	

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname .....	Geburtsdatum .....
Straße / Nr. ....	PLZ / Ort .....

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name .....	PLZ / Ort .....
Tel. ....	

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

### 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?

<input type="radio"/> von Bekannten empfohlen	<input type="radio"/> Telefon- / Branchenbuch	<input type="radio"/> Zeitungsanzeige
<input type="radio"/> Überweisung von .....		
<input type="radio"/> Internet, über die Seite .....	<input type="radio"/> Sonstiges.....	

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?     ja     nein

Möchten Sie von uns per Post oder E-Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?     ja     nein

Wenn ja, Wie?     per Post     per E-Mail

- bitte wenden -



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

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

.....

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

- Herzens oder Kreislaufs  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüsen  ja  nein
- Magen-Darm-Traktes  ja  nein
- Gelenke (Rheuma)  ja  nein
- Wirbelsäule  ja  nein

## Haben oder hatten Sie

- ein traumatisches Ereignis im Kopfbereich  ja  nein
- hohen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- eine erhöhte Blutungsneigung  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grüner 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? .....

Operationen im Mund-, Kiefer, Gesichtsbereich?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

.....

## Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie

- eine Herzklappenentzündung
  - einen Herzschrittmacher
  - eine Herzerkrankung
  - Angina Pectoris
  - einen Herzinfarkt
  - eine Herz-OP
- Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?  ja  nein

## Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
- andere Medikamente? Wenn ja, welche?
- 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? .....

## Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen  ja  nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Schnarchen Sie?  ja  nein

## Fragen / Anmerkungen:

.....

.....

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre bereits vorhandenen Daten einsehen und in unser neues System übertragen?  ja  nein

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass eine externe Abrechnungskraft Ihre Daten für die Krankenkasse weiterverarbeitet.

.....

Datum

.....

Unterschrift