

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Sie Ihren Wünschen entsprechend sicher beraten und behandeln können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____
 Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert
 vollversichert Anspruch auf Beihilfe

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

überempfindliche Zähne Zähneknirschen Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch Zahnlockerungen
 Sonstiges _____

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z. B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen Sie Biophosphate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? nein ja

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____
 Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja Haben Sie Asthma? nein ja

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) nein ja Herzklappenersatz/Herzfehler nein ja
 Unregelmäßiger Herzschlag nein ja Hoher Blutdruck nein ja
 Herzasthma, Angina Pectoris nein ja Niedriger Blutdruck nein ja
 Herzschrittmacher nein ja Herzinfarkt nein ja
 Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? nein ja Haben Sie einen Herzpass? nein ja

Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung nein ja Schilddrüsenerkrankung nein ja
 Zuckerkrankheit (Diabetes) nein ja Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...) nein ja Tuberkulose nein ja
 Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? nein ja
 Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? nein ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

bitte wenden >>

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)? nein ja
 Sonstiges? _____

Blutarmut (Anämie) nein ja

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle nein ja
 Psychosomatische Erkrankungen nein ja
 Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? nein ja

Krämpfe nein ja
 Ohnmachtsanfälle nein ja
 Sonstiges? _____

Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt nein ja

Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere nein ja

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie nein ja

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Drogen

Drogenabhängigkeit nein ja
 Nikotinabhängigkeit? nein ja

Alkoholabhängigkeit? nein ja

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht) nein ja
 Sonstige Ess-Störungen _____

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-
 Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? nein ja

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Hausarzt / Facharzt _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____

Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail

Möchten Sie unseren Newsletter per E-Mail zugeschickt bekommen? ja nein

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung |
| <input type="checkbox"/> individuelles Prophylaxeprogramm | <input type="checkbox"/> Zahnästhetik | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungsregulierung | <input type="checkbox"/> Kariesrisikobestimmung | <input type="checkbox"/> Mundhygieneartikel | <input type="checkbox"/> Bleaching (Zahnaufhellung) |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | <input type="checkbox"/> Laser-Kariesdiagnostik | <input type="checkbox"/> minimal-invasive Zahnbehandlung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.schoene-gesunde-zaehne.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____