

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 Krankenversicherungsmitglied 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 Aids-Test 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:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Professionelle Zahnreinigung | ☐ Zahnersatz | ☐ Implantologie | ☐ Parodontitisbehandlung |
| ☐ individuelles Prophylaxeprogramm | ☐ Zahnästhetik | ☐ Amalgamsanierung | ☐ Wurzelbehandlung |
| ☐ Zahnfehlstellungsregulierung | ☐ Kariesrisikobestimmung | ☐ Mundhygieneartikel | ☐ Bleaching (Zahnaufhellung) |
| ☐ Laserbehandlung | ☐ Laser-Kariesdiagnostik | ☐ minimal-invasive Zahnbehandlung | |
| ☐ 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 _____