

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. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum / Ort _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Tel. mobil _____ Tel. geschäftlich _____
E-Mail _____ Beruf _____

Krankenversicherung

Name Ihrer Krankenkasse: _____

- gesetzliche Versicherung private Vollversicherung privater Basistarif
 private Zusatzversicherung private Beihilfeversicherung Studentenversicherung

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

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

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von _____ Überweisung von _____
 Internet, über Seite _____ Sonstiges _____

Haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Für die Gesunderhaltung Ihrer Zähne ist die regelmäßige Kontrolle und Zahnreinigung wichtig. Wünschen Sie zu den anstehenden Vorsorgeterminen eine Erinnerung per:

- E-Mail SMS Post Telefon

Fragen zu Ihrer Gesundheit

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

Herz/Kreislauf	<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
Atemwege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Glaukom (Grüner Star)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Gelenkprothese	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Tinnitus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Strahlen-/Chemotherapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
HIV	<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?	_____		

Sonstige Erkrankungen / Infektionen: _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche Woche / Monat?	_____	

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

<input type="radio"/> Herzklappenentzündung	<input type="radio"/> Angina Pectoris
<input type="radio"/> Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Herzinfarkt
<input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/> Stents
<input type="radio"/> Bypässe	<input type="radio"/> künstliche Herzklappen

Medikamente: Nehmen Sie ...

<input type="radio"/> Herzmedikamente	<input type="radio"/> Cortison (Kortikoide)
<input type="radio"/> Schmerzmittel	<input type="radio"/> Antidepressiva
<input type="radio"/> Blutverdünner, z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, Xarelto	
<input type="radio"/> Bisphosphonate, z.B. Prolia, Denosumab	
<input type="radio"/> andere Medikamente:	_____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, gegen welche:	_____

Fragen zur Zahngesundheit

Haben Sie schmerzempfindliche Zähne	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bemerken Sie Zahnfleischrückgang	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatten Sie eine Zahnfleischbehandlung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bemerken Sie Mundtrockenheit/Brennen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Knirschen Sie mit den Zähnen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Macht Ihr Kiefergelenk Geräusche	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie gestresst	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Kopf- bzw. Nackenschmerzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schnarchen Sie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen Sie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, wieviel?	_____	
Sind Sie in kieferorthopädischer Therapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Waren Sie in kieferorthopädischer Therapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?	_____	
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?	_____	

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und geplanter Behandlung in Rechnung zu stellen (§§ 615 Satz BGB, 287 ZPO).

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Dann helfen wir Ihnen gerne weiter.