



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 unserer Praxis.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein Privat versichert ☐ ja ☐ nein Basistarif ☐ ja ☐ nein
Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein Beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

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

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten empfohlen ☐ Telefon- / Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige

☐ Überweisung von _____

☐ Internet, über die Seite ☐ Sonstiges _____

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

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

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

- | | |
|---|--|
| ☐ Routinekontrolle | ☐ neuen Zahnersatz |
| ☐ Beratung | ☐ „zweite Meinung“ |
| ☐ Schmerzbehandlung | ☐ sonstiges: |

**Haben Sie akute Schmerzen? ☐ ja ☐ nein
nenn ja, wie äußern sie sich?**

- ☐ Dauerschmerz
- ☐ Zähne reagieren auf süß / sauer
- ☐ Zähne sind temperaturempfindlich
- ☐ Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- ☐ Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- ☐ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- ☐ Kiefer- / Kiefergelenkschmerzen

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

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

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| Hohen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| Niedrigen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| Diabetes | ☐ ja | ☐ nein |
| Zahnfleischbluten | ☐ ja | ☐ nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | ☐ ja | ☐ nein |
| Epilepsie | ☐ ja | ☐ nein |
| Grünen Star | ☐ ja | ☐ nein |
| eine Schilddrüsenerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Rheuma | ☐ ja | ☐ nein |
| Tuberkulose | ☐ ja | ☐ nein |
| HIV (Aids) | ☐ ja | ☐ nein |
| Hepatitis | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | ☐ A | ☐ B ☐ C |
| Allergien | ☐ ja | ☐ nein |

Wenn ja, welche?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- ☐ eine Herzklappenentzündung ☐ Angina Pectoris
- ☐ einen Herzschrittmacher ☐ einen Herzinfarkt
- ☐ künstliche Herzklappe

Medikamente – Nehmen Sie ...

- ☐ Herzmedikamente ☐ Cortison (Kortikoide)
- ☐ Schmerzmittel ☐ Antidepressiva
- ☐ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
- ☐ andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medika-
mente oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere PatientinnenSind 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

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift