



## 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

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

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

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

Routinekontrolle  neuen Zahnersatz

Beratung  „zweite Meinung“

Schmerzbehandlung  andere Gründe:

\_\_\_\_\_

- bitte wenden

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

- |                         |                          |                            |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <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 |

**Haben oder hatten Sie ...**

- |                        |                          |   |
|------------------------|--------------------------|---|
| hohen Blutdruck        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| niedrigen Blutdruck    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Diabetes               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Wenn ja, HbA1c-Wert:   | _____                    |   |
| Zahnfleischbluten      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Epilepsie              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Grünen Star            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Tuberkulose            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| Osteoporose            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein                      |
| HIV (Aids)             | <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 Infektionen / Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pflegegrad  ja  nein

Körpergewicht (kg) \_\_\_\_\_

**Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...**

- eine Herzklappenentzündung  Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher  einen Herzinfarkt

**Medikamente: Nehmen Sie ...**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente                                   | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel                                     | <input type="radio"/> Antidepressiva        |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? |   |
| <input type="radio"/> Bisphosphonate                                    | <input type="radio"/> andere Medikamente:   |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie Alkohol?  ja  nein

Konsumieren Sie Drogen?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

\_\_\_\_\_

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein

**Fragen / Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

**Hinweise zur Organisation**

**Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr von 80,- EUR nach geltender Satzung berechnen.**