

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 der Schweigepflicht in unserer Praxis.

■ Patient:

Name Vorname Geburtsdatum und -ort

■ Versicherter:

Name Vorname Geburtsdatum und -ort

Straße/Hausnr. PLZ/Ort

Telefonnr. Mobilnr. E-mail

Beruf Arbeitgeber Telefon am Arbeitsplatz

Versicherung

■ Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis. Das heißt, wir reservieren, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie. Dies erspart Ihnen unnötige, lange Wartezeiten, und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

■ Allgemeine und zahnärztliche Anamnese**Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie ...**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> eine Routinekontrolle? | <input type="checkbox"/> eine gründliche Untersuchung? |
| <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> eine einfache Schmerzbehandlung? |
| <input type="checkbox"/> eine grundlegende Amalgamsanierung? | <input type="checkbox"/> eine „zweite Meinung“? |
| <input type="checkbox"/> eine Beratung? | <input type="checkbox"/> andere Gründe: _____ |

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per Email erhalten? (Wenn ja, bitte E-Mail-Adresse angeben) Ja Nein

Möchten Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm (Kariesvorsorge) informiert werden? Ja Nein

Möchten Sie von uns an Ihre jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Wünschen Sie Informationen über neuere und bessere zahnmedizinische Versorgungen, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nur teilweise oder gar nicht übernommen werden? Ja Nein

Haben Sie akute Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dauerschmerz | <input type="checkbox"/> Zähne reagieren auf süß und sauer |
| <input type="checkbox"/> Manche Zähne sind temperaturempfindlich | <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen bei Belastung, Kauen oder Leerkontakt |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Schmerzen Ihre Kiefergelenke oder machen sie Geräusche? Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen bei weitem Mundöffnen, Gähnen o.Ä.? Ja Nein

Reiben oder pressen Sie gelegentlich Ihre Zähne zusammen? Ja Nein

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen? Ja Nein

Leiden Sie an Ohrenerkrankungen wie ...

Ohrenscherzen? Ohrensausen/Tinnitus?
 Schwindel? anderen Ohrenleiden: _____

Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule/den Schultern? Ja Nein

Werden Sie zur Zeit orthopädisch behandelt? Ja Nein

Tragen Sie Schuheinlagen? Ja Nein

Werden Sie zur Zeit mit Krankengymnastik behandelt? Ja Nein

Haben Sie Rheuma? Ja Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie Diabetes? Ja Nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet (Stress)? Ja Nein

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja: _____ Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Nehmen Sie ...

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

Wissen Sie, wie hoch Ihr Blutdruck ist? Hoch _____ Niedrig _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

eine Herzklappenentzündung? Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher? einen Herzinfarkt? Wann? _____
 weitere Behandlungen oder Erkrankungen _____

Heilen bei Ihnen Verletzungen verzögert, oder wurden Blutgerinnungsstörungen festgestellt? Ja Nein

Wurden Sie jemals operiert? Ja _____ Nein

Haben Sie Allergien? Ja _____ Nein

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Ja Nein

Haben hatten Sie folgende Infektionen ...

Hepatitis Tuberkulose HIV (Aids)

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Allgemein (Wann und was?) _____

Beim Zahnarzt (Wann und was?) _____

Datum

Unterschrift