

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnärztlichen 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**

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

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

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

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

gesetzlich versichert     ja    nein                      Zusatzversicherung     ja    nein                      privat versichert     ja    nein

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**Hinweise zur Organisation**

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung von mindestens 75 € berechnen.

**In eigener Sache**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen (wer?) \_\_\_\_\_     Internet, über Seite \_\_\_\_\_  
 Überweisung von \_\_\_\_\_     Sonstiges \_\_\_\_\_

**Warum suchen Sie uns auf?**

- Routinekontrolle                       neuen Zahnersatz  
 Beratung                                   „zweite Meinung“  
 Schmerzbehandlung                   andere Gründe

**Haben Sie akute Schmerzen? Wenn ja, welche?**

- nein  
 ja \_\_\_\_\_

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

- eine Herzklappenentzündung                       Angina Pectoris  
 einen Herzschrittmacher                               einen Herzinfarkt

**Medikamente: Nehmen Sie ...**

- Herzmedikamente                                       Cortison (Kortikoide)  
 Schmerzmittel     Antidepressiva  
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, Ass? \_\_\_\_\_  
 Bisphosphate     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    neinFühlen Sie sich psychisch stark belastet?       ja    neinRauchen Sie?     ja    nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? \_\_\_\_\_

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

**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  
 Tuberkulose      ja    nein  
 Osteoporose      ja    nein  
 HIV (Aids)      ja    nein  
 Hepatitis      ja    nein  
 Wenn ja, welcher Typ?                                 ja    nein  
 Allergien      ja    nein  
 Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

**Sonstige Infektionen / Erkrankungen:**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_