



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit folgenden Angaben. Bitte überprüfen Sie diese und teilen Sie uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name: _____
Vorname: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon privat: _____
Handy: _____
email: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Telefon beruflich: _____

Versicherter

Bitte ausfüllen sofern abweichend von den Patientendaten.

Name: _____
Vorname: _____
geb. am: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Telefon beruflich: _____

Krankenversicherung

Krankenkasse : _____

Bitte bei gesetzlichen Kassen angeben: freiwillig versichert ja ()

Privat versichert ja ()

Besteht eine Zusatzversicherung ja ()

Beihilfeberechtigt ja () bei: _____

Ihre behandelnden Ärzte

Hausarzt: _____ Telefon: _____
Kieferorthopäde: _____ Telefon: _____
weitere Ärzte: _____ Telefon: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden?
ja () nein ()

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?
schriftlich () per email ()

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum, Unterschrift



Mundgesundheit

Grund Ihres Besuches

Kontrolluntersuchung ja ()
Schmerzbehandlung ja ()

Ich habe einen Behandlungswunsch: _____

Leiden Sie unter
Zahnschmerzen ja ()
Zahnfleischbluten ja ()
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen ja ()
Kiefergelenkbeschwerden ja ()
Knirschen / Pressen ja ()
Mundgeruch ja ()
Sonstigem: _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

ja ()
nein (), mich stört: Zahnfarbe ja ()
Zahnform ja ()
Zahnstellung ja ()
Sonstiges: _____

Mundpflegegewohnheiten

Wie häufig putzen Sie pro Tag 1 mal () 2 mal () häufiger ()

Sie verwenden bei der Mundpflege:

Handzahnbürste () welche _____
elektrische Zahnbürste () welche _____
Zwischenraumbürstchen ()
Zahnseide ()
Sonstiges: _____

Haben Sie trotz Mundpflege immer wieder Karies?

ja () nein ()

Haben Sie bereits an Prophylaxebehandlungen teilgenommen?

ja () nein () kenne ich nicht ()

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja ()

Starke Schmerzempfindlichkeit ja ()

Starker Würgereiz ja ()

Möchten Sie über den Behandlungsablauf informiert werden?

genau () grob () nein ()

Sind jemals Probleme während oder nach einer zahnärztlichen Behandlung bei Ihnen aufgetreten?

ja () nein ()

Wenn ja, welche: _____

Existieren aktuelle Zahn-Röntgenbilder?

ja () Name des Zahnarztes: _____
nein ()

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?



Allgemeiner Gesundheitszustand

Name, Vorname: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
da für zahnärztliche Behandlungen Ihr allgemeiner Gesundheitszustand wichtig sein kann, bitten wir Sie um gewissenhafte Beantwortung folgender Fragen. Bitte teilen Sie uns auch mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändern sollte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Für Fragen stehen Ihnen unser Team und wir gerne zur Verfügung.

Herzerkrankung	ja ()	nein ()	welche _____
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe	ja ()	nein ()	
Hoher Blutdruck	ja ()	nein ()	
Niedriger Blutdruck	ja ()	nein ()	
Ohnmachtsneigung	ja ()	nein ()	
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja ()	nein ()	
Blutungsneigung / Blutgerinnungsstörung	ja ()	nein ()	
Glaukom (grüner Starr)	ja ()	nein ()	
Künstliche Gelenke (Endoprothesen)	ja ()	nein ()	
Epilepsie (Krampfleiden)	ja ()	nein ()	
Rheuma	ja ()	nein ()	
Diabetes (Zucker)	ja ()	nein ()	
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja ()	nein ()	
Schilddrüsenerkrankung	ja ()	nein ()	welche _____
Magen- / Darmerkrankungen	ja ()	nein ()	welche _____
Nierenerkrankung	ja ()	nein ()	
Lungenerkrankung / Asthma	ja ()	nein ()	
Lebererkrankung	ja ()	nein ()	
Osteoporose	ja ()	nein ()	

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

Nehmen / nahmen Sie je Bisphosphonate? ja () nein ()

Haben oder hatten Sie:

Tuberculose (TBC)	ja ()	nein ()	
Hepatitis / Gelbsucht	ja ()	nein ()	
HIV	ja ()	nein ()	
AIDS	ja ()	nein ()	
Krebs / Tumor	ja ()	nein ()	welche _____

Haben oder hatten Sie
eine sonstige schwere Erkrankung? ja () nein () welche _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche

Reagieren Sie auf best. Medikamente überempfindlich? Welche ?

Nahmen oder nehmen Sie Drogen? welche?

Sind Sie Raucher? ja () nein () wieviel Zigaretten tägl.? _____

Für unsere weiblichen Patienten: Sind sie schwanger?
ja () nein () welche Woche ? _____

Datum, Unterschrift

