

## 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 den Zahnstatus und auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Wohnhaft: \_\_\_\_\_

Telefon (privat/Arbeit): \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Email (Terminreminderung): \_\_\_\_\_

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

Haben Sie eine Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Routinekontrolle ( ) Beratung ( ) Schmerzbehandlung ( )

neue Füllung ( ) neuer Zahnersatz ( ) prof. Zahnreinigung ( )

andere Gründe: \_\_\_\_\_

### Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Termin zur Kontrolle erinnert werden?

( ) ja ( ) nein

wenn ja per Email ( ) oder telefonisch ( ) ?

### In eigener Sache

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? \_\_\_\_\_

## Allgemeine Situation

Leiden Sie oder littten Sie unter einer Erkrankung des / der ...

Herzens oder Kreislaufs ( )  
Leber ( )  
Nieren ( )  
Schilddrüse ( )  
Magen- Darm- Traktes ( )  
Gelenke (Rheuma) ( )  
Wirbelsäule ( )

**Haben oder hatten Sie ...**

Erkrankungen im Zahn-Mund-Bereich ( )	Zahnfleischbluten ( )
	Zahnfleischrückgang ( )
	Zähneknirschen ( )
	Kiefergelenkgeräusche ( )
	traumatisches Ereignis im Kopfbereich? ( )
	Operation im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ( )
Hohen Blutdruck ( )	
Diabetes ( )	
Erhöhte Blutungsneigung ( )	
Tinnitus ( )	
Epilepsie ( )	
Grüner Star ( )	
Tuberkulose ( )	
Hepatitis ( )	
HIV (Aids) ( )	
Allergien (wenn ja, welche) ( )	
Sonstige Infektionen / Erkrankungen	

---

---

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

eine Herzklappenerkrankung ( )  
Angina Pectoris ( )  
einen Herzschrittmacher ( )  
einen Herzinfarkt ( )  
eine Herz-OP ( )  
eine Herzerkrankung ( )  
einen Schlaganfall ( )

**Medikamente: Nehmen Sie ...**

Herzmedikamente ( )  
Cortison ( )  
Blutverdünnende Medikamente ( ) (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Pradaxa, Eliquis, Xarelto, Lixiana)  
Medikamente für den Knochen ( ) (z.B. Fosamax, Zometa, Prolia, Sunitinib, XGeva, Denosumab)

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ( )

Sind Sie schwanger? ( ) Wenn ja, welche Woche?  
Sind Sie Raucher? ( ) Wenn ja, wie viele pro Tag? bis 20 ( ) über 20 ( )  
Nehmen Sie Drogen? ( ) Wenn ja, welche?  
Trinken Sie Alkohol? ( ) Wenn ja, wie viel? täglich ( ) wöchentlich ( )

Alle Angaben sind wahrheitsgemäß beantwortet. Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen umgehend zu informieren.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn die Zahnärztin ihre Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder sie noch ihre Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie verhindert sind, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen. Ausfallzeiten dürfen nach §615 BGB §287 ZPO berechnet werden.