

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

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Die mit Ihnen vereinbarten Termine werden in unserer Praxis exklusiv für Sie freigehalten. Sie werden daher gebeten, diese einzuhalten oder mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Wir weisen Sie darauf hin, dass nicht eingehaltene Termine in Rechnung gestellt werden können (Ausfallgebühr).

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Raucher

weniger als 10 Zigaretten/Tag mehr als 10 Zigaretten/Tag

Nichtraucher seit weniger als 2 Jahren länger als 2 Jahre

lebenslang

Drogenkonsum selten oft regelmäßig

Alkoholgenuss selten oft regelmäßig

Zahnärztliche Röntgenaufnahmen wurden bereits erstellt

Wenn ja, wann? _____

Sie sind oder waren in kieferorthopädischer Behandlung

Zahnarzt: _____

Zahnersatz im Ober-/Unterkiefer

herausnehmbar; seit _____

festsitzend; seit _____

Implantate; seit: _____ Typ: _____

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

Routinekontrolle

Beratung

Schmerzbehandlung

neuen Zahnersatz

„zweite Meinung“

andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen? Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Haben oder hatten Sie ...

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Herzoperationen
- Herzinfarkt / Schlaganfall – wenn ja, wann? _____
- Thromboseneigung
- Blutgerinnungsstörung

Infektiöse Krankheiten

- Tuberkulose
- HIV (Aids)
- Hepatitis
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Andere _____

Sonstige Erkrankungen

- Rheumatische Erkrankungen
- Augenerkrankungen (Glaukom)
- Diabetes
- Osteoporose
- Schilddrüsenerkrankungen
- Immunerkrankungen
- Magen-, Darm-, Nieren-Erkrankungen
- Neurologische Erkrankungen
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Lungenerkrankungen
- Atemnot / Asthma / Mukoviszidose

Andere, hier ungenannte Krankheiten?

Operationen im Kopf-/Halsbereich? Weshalb und wann?

Es besteht eine Schwangerschaft

Entbindungstermin: _____

Allergien bzw. Unverträglichkeiten auf:

- Betäubungsspritzen
- Wenn ja, auf welche? _____
- Antibiotika
- Wenn ja, auf welche? _____
- Schmerzmittel
- Wenn ja, auf welche? _____
- Latex
- Andere _____

Ein Allergiepass ist vorhanden

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Die nachfolgenden Fragen beantworten Sie bitte dann, wenn Sie Interesse an einer umfassenden und systematischen Behandlung sowie an einer konsequenten Verhütung weiterer Zahnerkrankungen haben.

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?

- weniger als 1 x täglich
- 1 x täglich
- 2 x täglich
- mehr als 2 x täglich

Verwendung von Zahnseide oder Interdentalbürsten

Verwendung anderer Hilfsmittel: _____

Sie haben regelmäßig Zahnfleischbluten

Sie haben den Eindruck, dass Ihre Zähne locker geworden sind

Es hat eine Parodontalbehandlung stattgefunden

Wenn ja, wann? _____

Sonstiges _____

Bitte teilen Sie uns künftig jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

_____ Datum Unterschrift

_____ Datum Unterschrift

_____ Datum Unterschrift

_____ Datum Unterschrift

_____ Datum Unterschrift

_____ Datum Unterschrift