

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 ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname	Geburtsstag
Straße / Nr	Geburtsort
PLZ / Ort	
Tel. Privat	Tel. Mobil
E-Mail	
Beruf	
Krankenkasse	

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	Ort
Tel.	

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Internet, über die Seite _____
 Überweisung von _____ Sonstiges _____

Falls Sie eine Empfehlung hatten, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

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

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle | <input type="radio"/> neuen Zahnersatz? |
| <input type="radio"/> Amalgamsanierung | <input type="radio"/> „zweite Meinung“? |
| <input type="radio"/> Beratung? | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung? |
| <input type="radio"/> Halitosis / Mundgeruch? | |

andere Gründe: _____

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß/sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung, Kauen, ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer / Kiefergelenk

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| Hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |
| Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, wo gegen? | | |

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> eine Herzklappenentzündung? | <input type="radio"/> Angina Pectoris |
| <input type="radio"/> einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> einen Herzinfarkt |

Medikamente - Nehmen Sie ...

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente | <input type="radio"/> Corstison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel | <input type="radio"/> Antidepressiva |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS? | |
| <input type="radio"/> andere Medikamente | |
- _____
- _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Besteht eine Pflegestufe/Eingliederungshilfe? ja nein

Für unsere Patientinnen?

Sind Sie schwanger ja nein

Wenn ja, in welcher Woche _____

zum Schluss

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Fragen / Anmerkungen:

Datum/Unterschrift
