

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 unserer Praxis.

Persönliches

Name / Vorname	Geburtstag	
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Tel. privat	Tel. mobil	
E-Mail	Beruf	
Krankenkasse		
Gesetzlich versichert <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Privat versichert <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Basistarif <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zusatzversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Beihilfeberechtigt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	Ort
Tel.	

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von

Internet, über die Seite Sonstiges

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja nein

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

telefonisch schriftlich per E-Mail

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

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- 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 oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer- / Kiefergelenkschmerzen

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
- eine Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
- andere Medikamente:
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva

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 nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift