



Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir Sie behandeln, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Zur gezielten Behandlung und Beurteilung von Behandlungsrisiken ist die Kenntnis bereits bestehender Vorerkrankungen unbedingt erforderlich. Wir bitten Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns durch Ihre Angaben, eventuell gegebene Gesundheitsrisiken besser zu erkennen, wodurch wir die Behandlung besser auf Ihre Bedürfnisse ausrichten können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Ihre Zahnärztin Freya von der Linde.

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Fragen zu Ihrer Krankenversicherung:

Wer ist Mitglied/ Hauptversicherter/ Zahlungspflichtiger (bei Kindern Erziehungsberechtigte(r):

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Name der Krankenversicherung: _____

- Ich bin pflichtversichert
- Ich bin freiwillig versichert
- Ich bin beihilfeberechtigt
- Ich bin privat zusatzversichert

- Ich bin privat versichert
- Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)
- Ich bin Basistarif-Versicherte(r)
- Ich bin nicht versichert

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Telefonnummer: _____

Adresse: _____



Hinweis zur Organisation:

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, um unseren Patienten lange Wartezeiten zu ersparen. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, möchten wir Sie bitten, ihn mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Vielen Dank dafür!

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch _____
- Internetseite
- Sonstiges _____

Möchte Sie von uns telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- Ja Nein

Zu Ihrer letzten Zahnbehandlung:

Von welchem Zahnarzt wurden Sie zuletzt betreut? _____

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt? _____

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

- Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung neuer Zahnersatz
- Professionelle Zahnreinigung Zweite Meinung andere Gründe: _____

Ja Nein Haben Sie Zahnfleischprobleme (Bluten, Zahnfleischrückgang, gelockerte Zähne)?

Ja Nein Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack?

Ja Nein Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt?
Wenn ja, wann? _____

Ja Nein Leiden Sie an Kiefergelenkbeschwerden oder Kiefergelenkknacken?

Ja Nein Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Ja Nein Wurden Ihre Zähne in der Vergangenheit regelmäßig professionell beim Zahnarzt gereinigt?

Ja Nein Reagieren Ihre Zähne extrem stark auf Temperatur?

Ja Nein Haben Sie Schmerzen beim Essen / Kauen?

Ja Nein Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, wann wurde der Ersatz angefertigt? _____

Ja Nein Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?
Wenn ja, welche? _____



Wichtiger Hinweis für Sie, wenn Sie eine Betäubung (Spritze, örtliche Betäubung) wünschen:

Wir möchten Sie darüber in Kenntnis setzen, dass es bei Behandlungen mit örtlicher Betäubung in seltenen Fällen zu Nervschädigungen mit Taubheitsgefühl kommen kann. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Ja Nein Wünschen Sie eine örtliche Betäubung (Spritze), falls sie erforderlich ist?

Zu Ihrem Gesundheitszustand:

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nachstehend aufgeführten Krankheiten?

- Ja Nein Herzerkrankungen Speziell: Ja Nein Herzinfarkt
 Ja Nein Angina pectoris
 Ja Nein Herzschrittmacher
 Ja Nein Herzklappenentzündung (Endokarditis)
 Ja Nein Künstliche Herzklappe
 Ja Nein Bypass
 Ja Nein Stents
 Ja Nein Sonstige: _____
- Ja Nein Schlaganfall – Wenn ja, wann? _____
- Ja Nein Blutdruckveränderung – hoch niedrig Kollapsneigung
- Ja Nein Blutgerinnungsstörung – Wenn ja, welche? _____
- Ja Nein Schilddrüsenerkrankung – Überfunktion Unterfunktion Sonstige? _____
- Ja Nein Anfallsleiden (Epilepsie)
- Ja Nein Augenerkrankungen – Glaukom Grüner Star Andere, welche? _____
- Ja Nein Nierenerkrankung – Wenn ja, welche? _____
- Ja Nein Lungenerkrankung – Asthma COPD Andere, welche? _____
- Ja Nein Magen-Darmerkrankung – Geschwür Tumor Andere, welche? _____
- Ja Nein Lebererkrankung – Wenn ja, welche? _____
- Ja Nein Diabetes (Zuckerkrankheit) – Wenn ja, welcher Typ?
 Typ I (insulinpflichtig) Typ II
- Ja Nein Rheuma – Gelenkrheuma Chronisches Rheuma
- Ja Nein Nervenerkrankung – Depression Psychosen Nervosität
- Ja Nein Infektionskrankheiten – Tuberkulose HIV Hepatitis A/B/C
- Ja Nein Krebs (Tumorerkrankungen) – Wenn ja, welcher? _____
- Ja Nein Wurden Sie in der Vergangenheit im Kopf,- Halsbereich im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung/ Krebsleiden bestrahlt? Wenn ja, wann? _____



Ja Nein Osteoporose

Ja Nein Allergien (z.B. gegen Medikamente, Metalle, Kunststoffe, Latexhandschuhe)

Wenn ja, gegen: _____

Ja Nein Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche: _____

Ja Nein Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund,-Kiefer,-Gesichtsbereich vor?

Wenn ja, welcher Art? _____

Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche:

Ja Nein Nehmen Sie Medikamente ein (z.B. Marcumar, ASS, Osteoporosemittel)?

Wenn ja, welche: _____

Ja Nein Nehmen Sie Drogen?

Ja Nein Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____

Haben Sie Fragen oder Anmerkungen?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu und erlaube die Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten an die zuständige KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung), an meine Krankenkasse, sowie bei Bedarf an das zahntechnische Labor und an kooperierende Zahnarztpraxen (z.B. Mund-Kiefer-Gesichtschirurg oder Kieferorthopäde).

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r