

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 _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie daher, 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 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

Wenn ja, wie? per Telefon per Post per E-Mail per SMS

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

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung 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
 Ohrensausen / Tinnitus ja nein
 Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck ja nein
 Niedrigen Blutdruck ja nein
 Diabetes ja nein
 Zahnfleischbluten 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?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente – Nehmen Sie ...

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

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

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift