



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Persönliches:

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum/-ort: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist die/der Versicherte? (z.B. Ehemann)

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 diesen mindestens 24 Stunden vorher ab.

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 gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Möchten Sie in unser Terminerinnerungssystem aufgenommen werden? (RECALL)

per Telefon per E-Mail per Post

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon-/Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet über die Seite _____ Sonstiges _____

Bitte wenden

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Individualprophylaxe | <input type="checkbox"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> andere Gründe, wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> ästhetische Korrekturen | |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung | |

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/Kiefergelenk
- Kopf-/Nackenschmerzen

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

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

Haben oder hatten Sie...

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grüner Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
-

Endlich haben Sie es geschafft!

Nochmals vielen Dank, daß Sie alle Fragen beantwortet haben. Sollte Ihnen das Ausfüllen des Bogens bei einem der Themen Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je umfangreicher wir informiert sind, desto individueller können wir Sie behandeln.

Nürnberg, den _____ Unterschrift _____

Gesetzlich meldepflichtige Infektionskrankheiten: Wenn ja, welche?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|---|
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |

Weitere Infektionskrankheiten?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

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

Nehmen sie Medikamente? Wenn ja, welche?

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

Sind Sie/-oder waren Sie drogen/-alkoholabhängig?

ja nein

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

zum Schluss

- Knirschen/Pressen Sie mit den Zähnen?
 ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?
 ja nein
- Rauchen Sie?
 ja nein

Fragen/Anmerkungen:
