

Patient:	Name	Vorname	geb. am	geb. in
Adresse:	Straße	PLZ, Ort	Tel. privat	Tel. Arbeitsplatz / mobil
Beruf	Arbeitgeber	Bei Familienvers.: Name Versicherter, Vorname	geb. am	

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um gewissenhafte Beantwortung dieses Fragebogens, speziell zu den

Vorerkrankungen. Diese Angaben dienen Ihrer Sicherheit. Sie werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und Bestimmungen des Datenschutzes.

Ihr bisheriger Zahnarzt: _____

Ihr Hausarzt: _____

Bei gesetzlicher Krankenversicherung bitte angeben:

- Haben Sie eine Zusatzversicherung?
 Haben Sie Kostenerstattung gewählt?

nur bei privater Krankenversicherung angeben:

- Sind Sie beihilfeberechtigt?

Fragen über bestehende Erkrankungen

ja nein

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?

Herz

- Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)?
 Herzschwäche (Insuffizienz)?
 Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)
 Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
 Haben Sie künstliche Herzklappen?
 Haben Sie einen Herzpass?

Kreislauf

- Erhöhter Blutdruck?
 Zu niedriger Blutdruck oder Ohnmachtsneigung?

Blut

- Blutarmut (Anämie)?
 Blutungsneigung?
 Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?
 Wenn ja, welche? _____

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes)?
 Rheuma?
 Schilddrüsenerkrankung?
 Lebererkrankung / Hepatitis (Gelbsucht)
 Nierenerkrankung?

Augen grüner Star (Engwinkelglaukom)?

Atmung

ja nein

- Asthma/chronische Bronchitis?
 Nasennebenhöhlenerkrankung / häufig verschnupfte Nase?

Nervensystem

- Anfallsleiden / Epilepsie?
 Depression?
 Sonstige?

Allergien

- Heuschnupfen / Ekzeme?
 Penicillin-Allergie?
 sonstige Medikamenten-Allergie, -Unverträglichkeit?

wenn ja, welche: _____

Haben Sie einen Allergie-Pass?

Haben/hatten Sie sonstige schwere Erkrankungen? Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

Wann war die letzte Zahn-Röntgenuntersuchung? _____

Sind Sie schwanger? Welcher Monat? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____

Sind Sie HIV-positiv?

(Diese Angabe wird wie alle anderen streng vertraulich behandelt.)

Wünschen Sie eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie)?

Grund Ihres Besuches:

- Routinekontrolle
 Zahnschmerzen
 Zahnfleischbluten
 Mundgeruch
 Migräne/Kopf- oder Nackenschmerzen
 Kiefergelenksbeschwerden
 Zähneknirschen oder -pressen
 nur Akutbehandlung / Vertretung erwünscht

Ihr Beratungswunsch

- Professionelle Zahnreinigung / Parodontoseprophylaxe
 Kariesprophylaxe / Ernährungsberatung
 zahnfarbene Füllungen / Amalgamsanierung
 Zahnaufhellung (Bleaching)
 Zahnästhetik / Kosmetische Korrekturen
 Kieferorthopädische Behandlung
 (Neu-) Anfertigung von Zahnersatz
 Implantate
 Weiteres: _____

Was wünschen Sie besonders? Was sollen wir besonders berücksichtigen?

- _____ Starker Würgereiz
 Angst vor schmerzhaften Eingriffen Starke Schmerzempfindlichkeit
 Möchten Sie an die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden (Recall-System)?

Was haben Sie bisher am meisten vermisst? _____

Durch wen wurden Sie empfohlen? _____

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen eingeschränkt ist, speziell nach einer Lokalanästhesie und nach operativen Eingriffen. Im Zweifelsfall sollten Sie sich von Angehörigen fahren lassen oder über die Rezeption ein Taxi bestellen lassen.