

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. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Ihr Praxisteam

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Geb.-Dat.: _____ Telefon privat: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

_____ Telefon dienstlich: _____

Bei privater Versicherung: _____ Beihilfeberechtigt: ja nein

Bei Kassenversicherung: _____ Zahn-zusatzversichert ja nein

Freiwillig versichert ja nein

Welches besondere Anliegen hat Sie zu diesem Zahnarztbesuch veranlasst?

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung? _____

Ist die letzte Behandlung abgeschlossen? Ja Nein

Empfohlen oder überwiesen durch _____

Hausarzt/Facharzt _____

Name Telefon-Nr. Adresse

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? Ja Nein

Gibt es zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gerne aufgeklärt/beraten werden möchten? (z.B. Implantation zum Ersatz fehl. Zähne, Aufhellung natürlicher Zähne durch Bleichen usw.) Ja Nein

Interessieren Sie sich für unser intensives Prophylaxeprogramm (Gesunderhaltung der Zähne durch vorbeugende Maßnahmen)? Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung(en)? _____

Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt? Ja Nein Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich geröntgt? Datum (ca.)

Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN

-Haben Sie zu hohen Blutdruck?	Ja	Nein
-Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	Ja	Nein
-Haben Sie einen Herzklappenfehler oder eine Herzklappenprothese?	Ja	Nein
-Hatten Sie eine Herzoperation?	Ja	Nein
-Befinden Sie sich im Zustand nach Herzinfarkt?	Ja	Nein
-Haben Sie einen Herzschrittmacher?	Ja	Nein
-Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)	Ja	Nein
-Ist bei Ihnen die Einnahme von Antibiotika zur Endokarditisprophylaxe erforderlich?	Ja	Nein
-Sonstige Herz-/Kreislaufferkrankung: _____		

ALLERGIEN

-Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeit?

-Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Welche der nachfolgenden Krankheiten haben/hatten Sie? Bitte kreuzen Sie an!

Zuckerkrankheit (Diabetes)	Erkrankung des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Gerinnungsstörungen)
Schilddrüsenerkrankung	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)
Lungenerkrankung/Asthma	Magen-7Darmerkrankung
Nierenerkrankung	Nervenerkrankungen (z.B. epileptoforme Anfälle, Krämpfe)

Besteht zur Zeit eine sonstige Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten durch die Praxis bin ich einverstanden und stimme auch der Weitergabe meiner Daten an zahnärztliche Kolleginnen/Kollegen in dieser Praxis zu.

Datum

Unterschrift Patient

(gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen)

Wir danken für Ihre Angaben, die dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen!