

**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 der Schweigepflicht in unserer Praxis.

**■ Patient:**

Name Vorname Geburtsdatum und -ort

**■ Versicherter:**

Name Vorname Geburtsdatum und -ort

Straße/Hausnr. PLZ/Ort

Telefonnr. Mobilnr. E-mail

Beruf Arbeitgeber Telefon am Arbeitsplatz

Versicherung

**■ Hinweise zur Organisation**

Wir sind eine Bestellpraxis. Das heißt, wir reservieren, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie. Dies erspart Ihnen unnötige, lange Wartezeiten, und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

**■ Allgemeine und zahnärztliche Anamnese****Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie ...**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> eine Routinekontrolle?              | <input type="checkbox"/> eine gründliche Untersuchung?    |
| <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz?                   | <input type="checkbox"/> eine einfache Schmerzbehandlung? |
| <input type="checkbox"/> eine grundlegende Amalgamsanierung? | <input type="checkbox"/> eine „zweite Meinung“?           |
| <input type="checkbox"/> eine Beratung?                      | <input type="checkbox"/> andere Gründe: _____             |

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per Email erhalten? (Wenn ja, bitte E-Mail-Adresse angeben)  Ja  Nein

Möchten Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm (Kariesvorsorge) informiert werden?  Ja  Nein

Möchten Sie von uns an Ihre jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  Ja  Nein

Wünschen Sie Informationen über neuere und bessere zahnmedizinische Versorgungen, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nur teilweise oder gar nicht übernommen werden?  Ja  Nein

**Haben Sie akute Schmerzen?**  Ja  Nein

**Wenn ja, wie äußern sich diese?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dauerschmerz                               | <input type="checkbox"/> Zähne reagieren auf süß und sauer                     |
| <input type="checkbox"/> Manche Zähne sind temperaturempfindlich    | <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen bei Belastung, Kauen oder Leerkontakt |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch | <input type="checkbox"/> andere: _____   |

Schmerzen Ihre Kiefergelenke oder machen sie Geräusche?  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen bei weitem Mundöffnen, Gähnen o.Ä.?  Ja  Nein

Reiben oder pressen Sie gelegentlich Ihre Zähne zusammen?  Ja  Nein

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen?  Ja  Nein

### Leiden Sie an Ohrenerkrankungen wie ...

Ohrenscherzen?  Ohrensausen/Tinnitus?  
 Schwindel?  anderen Ohrenleiden: \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule/den Schultern?  Ja  Nein

Werden Sie zur Zeit orthopädisch behandelt?  Ja  Nein

Tragen Sie Schuheinlagen?  Ja  Nein

Werden Sie zur Zeit mit Krankengymnastik behandelt?  Ja  Nein

Haben Sie Rheuma?  Ja  Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein

Haben Sie Diabetes?  Ja  Nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet (Stress)?  Ja  Nein

Haben Sie einen Pflegegrad?  Ja  Nein

Wenn Ja, welchen? \_\_\_\_\_

**Sind Sie in ärztlicher Behandlung?**  Ja: \_\_\_\_\_  Nein

**Sind Sie schwanger?**  Ja  Nein

### Nehmen Sie ...

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

**Wissen Sie, wie hoch Ihr Blutdruck ist?**  Hoch \_\_\_\_\_  Niedrig \_\_\_\_\_

### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

eine Herzklappenentzündung?  Angina Pectoris  
 einen Herzschrittmacher?  einen Herzinfarkt? Wann? \_\_\_\_\_  
 weitere Behandlungen oder Erkrankungen \_\_\_\_\_

Heilen bei Ihnen Verletzungen verzögert, oder wurden Blutgerinnungsstörungen festgestellt?  Ja  Nein

**Wurden Sie jemals operiert?**  Ja \_\_\_\_\_  Nein

**Haben Sie Allergien?**  Ja \_\_\_\_\_  Nein

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  Ja  Nein

### Haben hatten Sie folgende Infektionen ...

Hepatitis  Tuberkulose  HIV (Aids)

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Allgemein (Wann und was?) \_\_\_\_\_

Beim Zahnarzt (Wann und was?) \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift