



Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis,

neben den Angaben zu Ihrer Person benötigen wir zunächst einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Danach nehmen wir uns gerne Zeit, auf Ihre individuellen Wünsche einzugehen.

Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns auch zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Patient/-in

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____
Krankenkasse/Private Krankenversicherung _____
Gesetzlich versichert Zusatzversicherung _____
Privat versichert Beihilfeberechtigt _____
Basistarif _____

Mitglied/Versicherter (Bei Kindern: Erziehungsberechtigter)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Name und Anschrift des Hausarztes

Name _____ Ort _____
Telefon _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des

Herzens oder Kreislaufs Magen-Darm-Traktes
Leber Gelenke (z.B. Rheuma)
Nieren Wirbelsäule
Schilddrüse

Haben oder hatten Sie

ein traumatisches Ereignis im Kopfbereich Hepatitis
hohen Blutdruck Wenn ja, welchen Typ? A B C
niedrigen Blutdruck Allergien
Diabetes Wenn ja, wogegen?
eine erhöhte Blutungsneigung
Ohrensausen/Tinnitus Osteoporose
Epilepsie Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?
Grünen Star Tumorerkrankung?
Tuberkulose Wenn ja, welche?
HIV (Aids)
psychische Erkrankungen
Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?
Wenn ja, welche?
sonstige Infektionen/Erkrankungen
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente, wenn ja, welche:

Herzmedikamente
Schmerzmittel
Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)?
Andere Medikamente
Wenn ja, welche?

Bisphosphonate
Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten?
Wenn ja, welche?

Auf welche sonstigen Krankheiten oder Besonderheiten möchten Sie uns aufmerksam machen?

Für unsere Patientinnen

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

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Schmerzbehandlung
Probleme wegen Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang?
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt?
Schmerzen, Geräusche oder Knacken im Kiefergelenk aufgefallen (z.B. beim Gähnen, Kauen, Lachen)?
Leiden Sie an Schmerzen im Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Rückenbereich?
Wunsch nach neuem Zahnersatz?
Unzufriedenheit mit der Farbe und Form der Zähne?
Interesse an einem Prophylaxe-Programm, z.B. professioneller Zahnreinigung?
Interesse an hochwertigen Füllungen?
Sonstiges _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?
Nehmen Sie Drogen?
Rauchen Sie?
Schnarchen Sie?

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

Wenn ja, auf welche Art? Mail Brief ggf. SMS

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfohlen von _____ Telefon-/Branchenbuch Internet

Sonstiges _____

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlicher Behandlung

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 gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Ort, Datum

Liebe Patientin, lieber Patient, Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie bitte, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen

Unterschrift

können. Anderenfalls kann Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden (§ 615 BGB, § 287 ZPO). Bitte beachten Sie, dass wir Patienten mit akuten Schmerzen in unser Bestellsystem einbinden müssen. In Einzelfällen kann es deshalb zu Wartezeiten kommen; wir bitten dafür um Ihr Verständnis.

Ort, Datum

Unterschrift