



**Patientendaten**

Patient: Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Versicherter: Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Betreuender Hausarzt/Facharzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Sie sind uns wichtig**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen, was liegt Ihnen am Herzen?

\_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

\_\_\_\_\_

Möchten Sie regelmäßig an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden, um sich unter anderem von der Krankenkasse einen höheren Zuschuss für Zahnersatz zu sichern?

Ja , per SMS  eMail  Anruf       Nein

**Ihre Zahn-Mund-Situation**

Haben Sie heute ein Schmerzmittel eingenommen?      Nein  Ja , welches? \_\_\_\_\_

Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres geröntgt?      Nein  Ja , wo? \_\_\_\_\_

Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang?      Nein  Ja

Kiefergelenksbeschwerden?      Nein  Ja

Schnarchen Sie?      Nein  Ja

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung und Zahnform zufrieden?      Nein  Ja

Wünschen Sie sich hellere Zähne?      Nein  Ja

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Traten bei früheren Zahnarztbehandlungen Komplikationen auf? Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen der folgenden Behandlungswünsche?

- Professionelle Zahnreinigung
- Füllungstherapie
- Zahnersatz
- Implantate

\_\_\_\_\_



**Ihre medizinische Situation**

- Haben Sie eine Allergie? Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_  
 Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Nein  Ja , weswegen? \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein,  
 z.B. ASS100, Marcumar? Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_  
 Medikamentenunverträglichkeit? Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_  
 Wurde bei Ihnen ein HIV(Aids)Test durchgeführt? Nein  Ja , positiv  negativ   
 Hatten Sie jemals Gelbsucht/Hepatitis? Nein  Ja , Hep. A  Hep. B  Hep. C   
 Hatten Sie jemals Tuberkulose? Nein  Ja   
 Besteht ein Pflegegrad? Nein  Ja , welcher? \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:**

- 
- Asthma Nein  Ja   
 Blutgerinnungsstörung/ Blutbildveränderung Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_  
 Bluthochdruck Nein  Ja   
 Niedriger Blutdruck Nein  Ja   
 Ohnmachtsneigung Nein  Ja   
 Herz-/Kreislaufbeschwerden Nein  Ja   
 Diabetes Nein  Ja , Zuckerwerte? \_\_\_\_\_  
 Bluterkrankungen Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_  
 Epilepsie/Krämpfe Nein  Ja   
 Magen-/Darmerkrankung Nein  Ja   
 Nierenerkrankung Nein  Ja   
 Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion? Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_  
 Prostata-Erkrankung Nein  Ja   
 Grüner Star Nein  Ja   
 Rheuma Nein  Ja   
 Tumorleiden/Bestrahlung Nein  Ja , wo? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie einen Herzschrittmacher? Nein  Ja , seit wann? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Nein  Ja , seit wann? \_\_\_\_\_  
 Hatten Sie einen Herzinfarkt? Nein  Ja , wann? \_\_\_\_\_  
 Leiden Sie an Osteoporose und  
 /oder nehmen Bisphosphonate? Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_  
 Sind die drogen- oder alkoholabhängig? Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_  
 Sind sie Raucher? Nein  Ja   
 Sind Sie schwanger/könnten schwanger sein? Nein  Ja , welche Woche? \_\_\_\_\_
- 

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht**

Mit der Unterschrift verpflichte ich mich, meinen Zahnarzt über alle **Änderungen** bezüglich meines Gesundheitszustandes und insbesondere auch über die Einnahme von Medikamenten sofort zu informieren.

**Bitte beachten:**

Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_