

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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Bei Kindern: Gesetzlicher Vertreter

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

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.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

Routinekontrolle neuen Zahnersatz

Beratung „zweite Meinung“

Schmerzbehandlung andere Gründe:

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Spital?

- ja nein

Wenn ja, warum?

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Atmungsorgane / Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krebs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Depressionen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Andere Erkrankungen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, gegen welche? | | |
-

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |
| Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, wogegen? | | |
| eine Gelenkprothese | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) | | |
| Wenn ja, wo genau? | | |
-

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Angina Pectoris | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> Andere Probleme? | |

Wenn ja, welche?

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel | <input type="radio"/> Antidepressiva |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? | |
| <input type="radio"/> andere Medikamente: | |
-

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente, Spritzen, Nahrungsmittel, Blütenstaub oder andere Materialien aufgetreten?

- ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift