

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe.

Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen um Sie umfassend beraten zu können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### PERSÖNLICHES

---

Name/Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	--------------	------------

---

Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
-------------------	---------

---

Telefon/Festnetz	Telefon/Mobil
------------------	---------------

---

Email-Adresse	Beruf
---------------	-------

---

Ihr Hausarzt (Name/Adresse/Telefon)

### VERSICHERUNG

---

Krankenkasse

- Gesetzlich Versichert     Beihilfeberechtigt     Privat Versichert     Zusatzversicherung  
 Basistarif

**Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:**

---

Name/Vorname	Geburtsdatum
--------------	--------------

---

Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
-------------------	---------

#### Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle
- neuer Zahnersatz
- Beratung
- „Zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe:

---

---

#### Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Homepage
- Anzeige
- Jameda
- Persönliche Empfehlung

Bitte wenden →

## ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen
- Wenn ja, welche:  
\_\_\_\_\_
- Herzinfarkt
- Angina Pectoris
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- Osteoporose
- Nierenfunktionsstörungen
- Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
- Epilepsie
- Tumorerkrankungen
- Augenerkrankung (Glaukom, grauer oder grüner Star)
- Magen-Darm-Erkrankung
- Rheuma
- Depressionen
- Allergien? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Nehmen Sie **Medikamente** ein? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer **Unverträglichkeit** gegenüber Medikamenten?  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Für unsere Patientinnen: Sind Sie **schwanger**?  
Wenn ja, welche Woche?

\_\_\_\_\_

## Mundgesundheit

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Haben Sie Zahnfleischprobleme oder Blutungen beim Zähneputzen?
- Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung?
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?
- Wünschen Sie sich hellere Zähne?

Wünschen Sie eine **Terminerinnerung** für Ihren Prophylaxe-Termin oder die jährliche Kontrolle? Fall ja, per

- Brief
- Email
- SMS

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift