

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 _____ Tel. Mobil _____

Tel. Festnetz _____ Arbeitgeber _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung (ja) (nein)

Haben Sie einen Pflegegrad (ja) Stufe _____ (nein)

Sind Sie beihilfeberechtigt (ja) (nein)

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer (ja) (nein)

Basistarif (ja) (nein)

Bei Familienversicherung: Wer ist der Hauptversicherte?

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 mind. 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 gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

() von Bekannten empfohlen, () Telefon-/ Branchenbuch, () Zeitungsanzeige

() Überweisung von _____

() Internet über die Seite _____ () Sonstiges

Möchten Sie von uns per Mail () oder SMS () an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

(ja) () Alle 6 Monate () Alle 12 Monate

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des

(ja) (nein) Kreislaufes

(ja) (nein) Leber

(ja) (nein) Nieren

(ja) (nein) Schilddrüse

(ja) (nein) Magen-Darm-Traktes

(ja) (nein) Gelenke (Rheuma)

(ja) (nein) Wirbelsäule

Haben oder hatten Sie...

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) hohen Blutdruck
- (ja) (nein) niedrigen Blutdruck
- (ja) (nein) Diabetes
- (ja) (nein) Zahnfleischbluten
- (ja) (nein) Ohrensausen/Tinnitus
- (ja) (nein) Osteoporose
- (ja) (nein) Epilepsie
- (ja) (nein) Grünen Star
- (ja) (nein) Tuberkulose
- (ja) (nein) HIV (Aids)
- (ja) (nein) Hepatitis, wenn ja welcher Typ: _____
- (ja) (nein) Allergien, wenn ja, wogegen? _____

(ja) (nein) eine Gelenkprothese?
Z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk. Wenn ja, wo genau? _____

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie:

- (ja) (nein) Stents
 - (ja) (nein) Bypass
 - (ja) (nein) Herzschrittmacher
 - (ja) (nein) Herzinfarkt
 - (ja) (nein) Herzklappenentzündung
 - (ja) (nein) künstliche Herzklappenentzündung
 - (ja) (nein) Angina Pectoris
- (ja) (nein) Sonstige Herzerkrankungen _____

Wenn eine Endokarditis Erkrankung vorliegt, bitten wir Sie Ihren Endokarditis-Pass bei uns abzugeben.

Medikamente: Nehmen Sie...

- (ja) (nein) Herzmedikamente
- (ja) (nein) Cortison (Kortikoide)
- (ja) (nein) Schmerzmittel
- (ja) (nein) Antidepressiva
- (ja) (nein) blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
- (ja) (nein) andere Medikamente: _____

Wenn Sie blutverdünnende Medikamente einnehmen, bitten wir Sie Ihren Blutverdünner-Pass bei uns abzugeben.

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

(ja) (nein)

Wenn ja, gegen welche? _____

Für unser Patientinnen

Sind Sie schwanger? (ja) (nein)

Wenn ja, welche Woche? _____

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? (ja) (nein)
- Rauchen Sie? (ja) Wie viele? _____ (nein)

Datum und Unterschrift:
