

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

danke, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und sich für eine Behandlung in unserer Praxis entschieden haben! Damit wir schon einmal über Ihre Gesundheit und Ihre Wünsche informiert sind, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vor der ersten Behandlung auszufüllen. So können wir uns bereits im Vorfeld auf Ihre individuelle Behandlung einstimmen.

Name, Vorname Patient	Geburtsdatum	Geburtsort
Name, Vorname Versicherter (falls abweichend)	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
Telefon privat	Telefon dienstlich	Email
		Beruf

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Name und Sitz der Krankenkasse

<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> nicht versichert

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

<input type="checkbox"/> Auf Empfehlung von _____	<input type="checkbox"/> Website _____
<input type="checkbox"/> Suchmaschine _____	<input type="checkbox"/> Empfehlungsportal _____
<input type="checkbox"/> Sonstige _____	(Telefonbuch, Anzeige, etc.)

**Gesundheitszustand**

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rheuma / Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Erkrankungen: _____	
Herzoperationen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Infektiöse Erkrankungen:</b>	
Leiden Sie unter der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK/vCJK)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Muskoviszidose-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Organtransplantation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Allergien und Unverträglichkeiten:</b>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Metalle: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

**Bitte wenden!**

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate?  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Stehen Sie unter medikamentöser Chemotherapie?  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie hochdosierte Steroide/Immundeprimiva?  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?  Ja  Nein

Datum \_\_\_\_\_

**Termin-Service:**

Wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnert zu werden?  Ja  Nein

**Wichtiger Hinweis:**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bestätigen Sie uns bitte:

**Ich stimme einer Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.**

Sollte während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten informiere ich Sie umgehend.

**Zahn-Mund-Situation:**

Haben Sie Beschwerden wie...

Zahnschmerzen  Ja  Nein

Zahnfleischbluten  Ja  Nein

Geräusche im Kiefergelenk  Ja  Nein

Kopf- und Nackenschmerzen  Ja  Nein

Tragen Sie Zahnersatz  Ja  Nein

Welche seit wann? \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Ja  Nein

**Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne?**

Zahnfarb

Zahnfehlstellung

Lücke(n)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wünschen Sie eine gezielte Beratung über:**

Bleaching/Zahnaufhellung

Implantate

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Zahnersatzlösungen

Amalgamaustausch

Prothesenreinigung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher bei Zahnarztbesuchen am meisten vermisst (z.B. Beratung, Information, etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift