

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
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 privat versichert
 Beihilfe
 Zusatzversicherung
 nicht versichert

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
 Auf Empfehlung von _____
 Website _____
 Suchmaschine _____
 Empfehlungsportal _____
 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	Infektiöse Erkrankungen:		
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	Allergien und Unverträglichkeiten:		
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/Immundeprimantia? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____

 Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? Ja Nein

Datum: _____

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? _____

 Lehnen Sie Amalagam grundsätzlich ab? Ja Nein

 Kennen Sie die professionelle Zahnreinigung (PZR)? Ja Nein

Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne?
 Zahnfarbe

 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.)?

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.

 Ort, Datum

 Unterschrift