



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 \_\_\_\_\_  
 Suchmaschine \_\_\_\_\_  
 sonstige \_\_\_\_\_

Website \_\_\_\_\_  
 Empfehlungsportal \_\_\_\_\_  
(Telefonbuch, Anzeige etc.)

## Gesundheitszustand

Hoher Blutdruck  Ja    Nein

Niedriger Blutdruck  Ja    Nein

Herzklappenfehler  Ja    Nein

Herzklappenersatz  Ja    Nein

Herzschrittmacher  Ja    Nein

Endokarditis  Ja    Nein

Herzoperationen  Ja    Nein

Leiden Sie unter der  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK/vCJK)?  Ja    Nein

Hochgradige Neutropenie  Ja    Nein

Mukoviszidose-Erkrankung  Ja    Nein

Organtransplantation  Ja    Nein

Stammzellentransplantiert  Ja    Nein

Anfallsleiden (Epilepsie)  Ja    Nein

Asthma/Lungenerkrankungen  Ja    Nein

Blutgerinnungsstörung  Ja    Nein

Diabetes/Zuckerkrankheit  Ja    Nein

Drogenabhängigkeit  Ja    Nein

Nervenerkrankungen  Ja    Nein

Ohnmachtsanfälle  Ja    Nein

Osteoporoseerkrankung  Ja    Nein

Raucher  Ja    Nein

Rheuma/Arthritis  Ja    Nein

Schilddrüsenerkrankung  Ja    Nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion / Stadium AIDS  Ja    Nein

Lebererkrankung / Hepatitis  Ja    Nein

Tuberkulose  Ja    Nein

Andere Infektionskrankheiten  Ja    Nein

### Allergien und Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie / Spritzen  Ja    Nein

Antibiotika  Ja    Nein

Schmerzmittel  Ja    Nein

Metalle: \_\_\_\_\_

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/Immunsuppressiva?  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.

Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten informiere ich Sie umgehend,

\_\_\_\_\_  
Ort, 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

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

Lehnen Sie Amalgam grundsätzlich ab?  Ja  Nein

Kennen Sie die

Professionelle Zahnreinigung (PZR)  Ja  Nein

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

Zahnfarbe

Zahnstellung

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, Informationen etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift