



## Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

## Persönliches

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_

Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Ihr Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

## Wie können wir Ihnen weiterhelfen?

Beratung

Vorsorgeuntersuchung

Zweite Meinung

Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz

Überweisung Zahnarzt

\_\_\_\_\_

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Gelenke (Rheuma)  ja  nein

Herzens oder Kreislaufs  ja  nein

Leber  ja  nein

Magen-Darm-Traktes  ja  nein

Niere  ja  nein

Schilddrüse  ja  nein

Wirbelsäule  ja  nein

## Haben oder hatten Sie ...

ein traumatisches Ereignis  
im Kopfbereich  ja  nein

eine erhöhte Blutungsneigung  ja  nein

Diabetes  ja  nein

Epilepsie  ja  nein

Grünen Star  ja  nein

Hepatitis, Typ  A  B  C  nein

niedrigen Blutdruck  ja  nein

hohen Blutdruck  ja  nein

HIV (AIDS)  ja  nein

Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein

Tuberkulose  ja  nein

Zahnfleischbluten  ja  nein

## Sind Sie oder waren Sie ...

in psychologische Behandlung  ja  nein



**Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...**

- |  |   |                   |   |
|--|---|-------------------|---|
| eine Herzklappenentzündung                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Angina Pectoris   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| einen Herzschrittmacher                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | einen Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| eine Herzerkrankung                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | eine Herz-OP      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   |   |

**Medikamente ...**

- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?  ja  nein
- andere Medikamente  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

- Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Für unsere Patientinnen**

- Sind Sie Schwanger  ja  nein
- Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

**Zum Schluss**

- |   |   |                                |   |
|---|---|--------------------------------|---|
| Knirschen Sie mit den Zähnen?                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie eine Zahnarztphobie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie?                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schnarchen Sie?                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben sie eine private<br>Zahnzusatzversicherung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                |   |

**Hinweis 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 gern ein Taxi, das sie sicher nach Hause bringt.

**Hinweis zur Organisation**

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

**In eigener Sache**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannte empfohlen  Telefon / Branchenbuch  Zeitungsanzeige
- Internet, über die Seite \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift