

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen oder chirurgischen 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. _____ Geburtsdatum _____

PLZ / Ort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein

Privat versichert ☐ ja ☐ nein beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein Basistarif ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte/r?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name _____

Ort _____ Tel _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

Ort _____ Tel _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 48 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlung

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 gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ von Bekannten empfohlen ☐ Telefon- / Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige ☐ Jameda
☐ Überweisung von _____ ☐ Internet, über die Seite _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/s ...

- | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislaufs | ☐ ja | ☐ nein |
| Leber | ☐ ja | ☐ nein |
| Nieren | ☐ ja | ☐ nein |
| Schilddrüse | ☐ ja | ☐ nein |
| Magen-Darm-Traktes | ☐ ja | ☐ nein |
| Gelenke (Rheuma) | ☐ ja | ☐ nein |
| Wirbelsäule | ☐ ja | ☐ nein |

Haben oder hatten Sie

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| hohen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| niedrigen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| Diabetes | ☐ ja | ☐ nein |
| Zahnfleischbluten | ☐ ja | ☐ nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | ☐ ja | ☐ nein |
| Durchblutungsstörung | ☐ ja | ☐ nein |
| Asthma | ☐ ja | ☐ nein |
| Epilepsie | ☐ ja | ☐ nein |
| Grüner Star | ☐ ja | ☐ nein |
| Osteoporose/ eine
Knochenerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Tuberkulose | ☐ ja | ☐ nein |
| HIV (Aids) | ☐ ja | ☐ nein |
| Probleme mit
örtlichen Betäubungen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Hepatitis | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | ☐ A | ☐ B ☐ C |
| eine Gelenkprothese
(z.B. künstl. Knie- o. Hüftgelenk) | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, wo und seit wann? | | |

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie

- | | |
|---|--|
| ☐ Stents | ☐ Bypass |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Herzschrittmacher |
| ☐ Herzklappenentzündung | ☐ künstl. Herzklappe |
| ☐ Angina Pectoris | ☐ _____ |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten / Allergien bekannt?

wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ Herzmedikamente | ☐ Cortison (Kortikoide) | ☐ Schmerzmittel |
| ☐ Antidepressiva | ☐ blutverdünnende Medikamente (Marcumar, Xarelto, Eliquis, ASS(Aspirin)) | |

Einnahme / Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Sonstige Erkrankungen? _____

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, in welcher Woche _____

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen ☐ ja ☐ nein
- Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift