



Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist unverzichtbar für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Im Interesse einer umfassenden Berücksichtigung Ihrer Anliegen bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen; bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat: _____ Fax: _____

Tel. beruflich/mobil: _____ Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

Versicherter: _____ geb.: _____

beihilfeberechtigt

private Rechnungen/ Rechnungen über Eigenanteilskosten an:

Name, Adresse Ihres Hausarztes: _____

Telefonnummer: _____

Anamnese

Ihr Hauptanliegen: _____

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? Ja Nein

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? Ja Nein

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? Ja Nein

Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? Ja Nein

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Sonstiges: _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Kariesvermeidung zahngesunde Ernährung

lebenslang gesunde Zähne Zahnfleischgesundheit

dauerhafte Gebissrestauration

zahnfarbene Keramikfüllungen

ästhetische Verbesserungen Ihrer Zähne

Implantate

Amalgamentfernung und Ersatz durch biologisch verträgliches Material

Quecksilberausleitung

Kiefergelenkbehandlung

sonstiges _____

ärztliche Behandlung:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Sind Sie bei einem Heilpraktiker in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Allergie oder der

Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen oder haben Sie eine dieser Erkrankungen gehabt?

Zu hoher/ niedriger Blutdruck
Ohnmachtsanfälle

zu hoch

zu niedrig

Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)

Ja Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz

Ja Nein

Herzasthma, Angina pectoris

Ja Nein

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)

Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt

Ja Nein

Sonstige Herzerkrankungen : _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Ja Nein

Nehmen Sie Anregungs- oder Beruhigungsmittel?

Ja Nein

Blutungsneigung (Hämophilie)

Ja Nein

Blutarmut (Anämie)

Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Ja Nein

Magen- Darmerkrankungen

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja Nein

Epileptische Anfälle

Ja Nein

Krämpfe

Ja Nein

Sonstiges _____

Infektionskrankheiten:

Leberentzündungen / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C etc.)

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.

Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges _____

Weitere Angaben:

Rauchen Sie?

Ja Nein

Waren oder sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

Ja Nein

Röntgen:

Wurden in den letzten 12 Monaten Aufnahmen

im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?

Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind Sie interessiert an einer Professionellen Zahnreinigung?

Ja Nein

Empfohlen durch: _____

Wollen Sie für den nächsten Termin angerufen werden?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____