



Z A H N W E L T

Pudenz**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken!

Bevor wir uns Ihnen persönlich vorstellen und in Ruhe über den Anlass Ihres Besuches in unserer Praxis unterhalten, benötigen wir Angaben zu Ihrer Person sowie Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnmedizinische Behandlung haben. Des Weiteren ist es für uns wichtig, Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Fragen kennenzulernen, damit wir Sie möglichst vollständig beraten und aufklären können. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum / -ort _____

..... Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

gesetzlich versichert ja nein bei _____Zusatzversicherung ja nein bei _____ gültig seit _____privat versichert ja nein bei _____— beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?**

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____ Tel. _____

Für Patienten mit akuten Schmerzen

Heute werden wir uns in erster Linie um die Schmerzbehandlung kümmern. Gerne nehmen wir uns in einem weiteren Termin Zeit, alle anderen Anliegen in Ruhe zu besprechen.

Hinweise 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.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

 von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige Sonstiges Überweisung von _____ Internet, Seite _____Möchten Sie unseren monatlichen Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja nein



Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

.....

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“ Schmerzbehandlung
- andere Gründe: _____

Wünschen Sie Informationen / Beratung zu ...

- Füllungsmaterialien Inlays (Metall / Keramik)
- Implantaten Bleaching (Zahnaufhellung)
- Veneers / Lumineers® Professioneller Zahnreinigung
- Schnarchen Mundgeruch
- _____

Wie zufrieden sind Sie mit ...

(Schulnoten)

- der Form Ihrer Zähne? **1 2 3 4 5 6**
- der Stellung Ihrer Zähne? **1 2 3 4 5 6**
- der Farbe Ihrer Zähne? **1 2 3 4 5 6**

Allergien / Unverträglichkeiten

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

Wenn ja, gegen welche? _____

Haben Sie eine Penicillin-Überempfindlichkeit? ja nein

Sonstige Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- andere Medikamente:

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

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt
- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßigen Herzschlag (Arrhythmie)

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Zahnfleischbluten / Parodontitis ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Haben oder hatten Sie eine Zahnschiene? ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift