

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen 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. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden DSGVO-konform nur für Ihre Behandlung verwendet.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Gesetzlich versichert ja nein

privat versichert ja nein

Zusatzversicherung ja nein

beihilfeberechtigt ja nein

Sind Sie einer Pflege-
stufe zugeordnet? ja nein

Wenn ja: welcher? ____

Erhalten Sie gesetzliche

Eingliederungshilfe? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Hinweise zur Organisation

Bitte teilen Sie uns Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mit. Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie nach Hause bringt.

In eigener Sache bei Neupatienten

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Empfehlung Telefon-/Branchenbuch Sonstiges _____

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

ja nein

Falls Sie eine Erinnerung wünschen, wie wünschen Sie diese?

Post E-Mail Telefon

Warum suchen Sie uns auf?

Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Routinekontrolle

Karies

Probleme mit dem vorhandenen Zahnersatz

Zahnfleischprobleme

Überempfindliche Zähne

Verletzungen

Kiefergelenkprobleme / gestörte Kaufunktion

Aussehen der Zähne

Sonstiges: _____

Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen?

ja nein

Fragen zu Ihrer Zahngesundheit

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen ja nein

Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf Heißes, Kaltes, Süßes oder Saures ja nein

Schmerzt oder knackt es im Bereich des Kiefergelenkes ja nein

Welche Mundhygiene-Hilfsmittel wenden Sie regelmäßig an?

- Zahnbürste elektr. Zahnbürste
 Zahnseide Zahnzwischenraumbürste
 Munddusche Mundspüllösungen
 Salben / Gele Fluoridierungsmittel

Haben Sie schon einmal eine profess. Zahnreinigung durchführen lassen? ja nein

Fragen zu Medikamenten/Drogen: Nehmen Sie...

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

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein
 Wenn ja, gegen welche? _____

Nehmen oder nahmen Sie Drogen ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Fragen für unsere Patientinnen

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

Fragen / Anmerkungen

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Leiden Sie an ...

• Herz-/Kreislaufkrankungen ja nein
 Wenn ja, welche: _____

- Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
 einer Schilddrüsenerkrankung ja nein
 einer Magen-/Darmerkrankung ja nein
 Migräne ja nein
 grünem Star ja nein
 an Rheuma ja nein
 Asthma ja nein
 Epilepsie (Anfallsleiden) ja nein
 Nierenerkrankungen ja nein
 Blutgerinnungsstörungen ja nein
 Nervenerkrankungen ja nein
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein
 Sonstige: _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche: ja nein

Haben / hatten Sie ein Tumorleiden? ja nein

Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten? Falls ja, welche: ja nein

- Hepatitis A/B/C
 HIV/AIDS
 Tuberkulose
 Sonstige: _____

Haben Sie eine künstliche Herzklappe oder Gelenk (Hüfte, Knie, Schulter)? ja nein

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
 Haben Sie eine Knirschiene? ja nein
 Rauchen Sie? ja nein
 Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? _____

Ort und Datum

Unterschrift

Stuttgart, _____