

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Um Ihnen die optimale medizinische Betreuung zukommen lassen zu können, bitten wir Sie diesen Bogen freiwillig und gewissenhaft auszufüllen. Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf zahnärztliche Behandlungen haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches:

Name _____ E-Mail _____

Vorname _____ Tel. priv./tagsüber _____

Straße, Nr. _____ Tel. mobil _____

PLZ, Ort _____ Krankenversicherung _____

Geburtstag _____ Ggf. Zusatzversicherung _____

Hausarzt: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Mundgesundheitsituation (zutreffendes bitte ankreuzen):

	Ja	Nein
Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie irgendwann Beschwerden, wenn sie kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Zahnfleischbluten? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Operation im Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie nach einem Unfall Beschwerden im Kopf- oder Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Zahnbehandlung? Wurden Sie geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchen Sie?

Ja Nein

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, welche Woche?: _____

Was sollen wir besonders berücksichtigen (zutreffendes bitte ankreuzen)?

	Ja	Nein
Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie starken Würgereiz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____		

Bitte wenden!

Gesundheitssituation (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> MRSA-Infektion | <input type="checkbox"/> Hepatits A/B |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Hepatits C |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> künstl. Herzklappe | <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Krankheiten | <input type="checkbox"/> Endokarditisrisiko | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung / Dialyse | <input type="checkbox"/> Schnarchen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Blasenschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> |
- Sonstige Erkrankungen: _____
- Allergien (Allergiepass vorhanden?): _____
- Medikamentenunverträglichkeit: _____

Medikamenteneinnahme (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Herzmedikamente: _____
- Blutverdünnende Mittel: _____
- Cortison: _____
- Bisphosphonate: _____
- Psychopharmaka: _____
- Hormonpräparate: _____
- Sonstige Medikamente: _____

Ihre Beratungswünsche an uns (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung |
| <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung (Bleaching) | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Kunststofffüllungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Falls sich während Ihrer Behandlung Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihres Versicherungsstatus ergeben, bitten wir Sie, dies uns mitzuteilen.