

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 der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches:

Name		E-Mail_				
Vorname		Tel. priv	./tagsübe	er		
Straße, Nr		Tel. mobil				
PLZ, Ort		Krankenversicherung				
Geburtstag		Ggf. Zus	atzversich	herung		
Hausarzt:						
Beruf/Arbeitgeber:						
Mundgesundheitssituation (zutref	fendes bit	tte ankre	euzen):			
Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?			Ja •	Nein 		
Haben Sie irgendwann Beschwerden, wenn s					- 1	
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?					- 1	
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Zahnfleisch	ıbluten? Zahı	nfleischrücl	kgang?			
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Pres	sen oder knir	rschen Sie r	nit den Zä	ihnen?		
Hatten Sie eine Operation im Kopfbereich?						
Hatten Sie nach einem Unfall Beschwerden im Kopf- oder Nackenbereich? Leiden Sie unter Kopf- oder Nackenschmerzen?						
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behar	ndlung durch	geführt wo	rden?			
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann?						
Wann war die letzte Zahnbehandlung? Wurd	den Sie gerön	ntgt?				
Rauchen Sie?	Ja		Nein			
Für unsere Patientinnen:						
Sind Sie schwanger?	Ja		Nein	Wenn ja, welche V	/oche?:	
Was sollen wir besonders berücksi	chtigen(z	utreffen	des bitt	e ankreuzen)?		
				Ja	Nein	
Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eing	riffen?					
Haben Sie starken Würgereiz?						
Constigues						



Gesundheitssituation (zutreffendes bitte ankreuzen):

Hoher Blutdruck	Herzerkrankung	MRSA-Infektion	Hepatits A/B
Niedriger Blutdruck	Herzschrittmacher	Schlaganfall	Hepatits C
	_	Lähmungen	Tuberkulose
Blutgerinnungsstörung	künstl. Herzklappe	_	_
Rheumatische Krankheiten	Endokarditisrisiko	Refluxkrankheit	HIV-Infektion
Nierenerkrankung / Dialyse	Schnarchen	Epilepsie	Fibromyalgie
Blasenschrittmacher	Schilddrüsenerkrankung	Augenerkrankung	Schlafapnoe
Magen-Darm-Erkrankungen	Osteoporose	Asthma	Diabetes
Krebserkrankung	Chemotherapie	Strahlentherapie	künstl. Gelenl
Sonstige Erkrankungen / Oper	ationen:		
Allergien (Allergiepass vorhan	den?):		
Medikamenteneinnahme		euzen):	
Medikamenteneinnahme Herzmedikamente: Blutverdünnende Mittel:		euzen):	
Medikamenteneinnahme Herzmedikamente: Blutverdünnende Mittel: Cortison:	zutreffendes bitte ankre	euzen):	
Medikamenteneinnahme Herzmedikamente: Blutverdünnende Mittel: Cortison: Bisphosphonate:	zutreffendes bitte ankre	euzen):	
Medikamenteneinnahme Herzmedikamente: Blutverdünnende Mittel: Cortison: Bisphosphonate: Psychopharmaka:	(zutreffendes bitte ankre	euzen):	
Medikamenteneinnahme Herzmedikamente: Blutverdünnende Mittel: Cortison: Bisphosphonate: Psychopharmaka: Hormonpräparate:	(zutreffendes bitte ankre	euzen):	
Medikamenteneinnahme Herzmedikamente: Blutverdünnende Mittel: Cortison: Bisphosphonate: Psychopharmaka: Hormonpräparate: Sonstige Medikamente:	zutreffendes bitte ankre	euzen):	
Medikamenteneinnahme Herzmedikamente: Blutverdünnende Mittel: Cortison: Bisphosphonate: Psychopharmaka: Hormonpräparate: Sonstige Medikamente:	zutreffendes bitte ankre	ankreuzen):	
Medikamenteneinnahme Herzmedikamente: Blutverdünnende Mittel: Cortison: Bisphosphonate: Psychopharmaka: Hormonpräparate: Sonstige Medikamente:	zutreffendes bitte ankre	ankreuzen):	
Herzmedikamente: Blutverdünnende Mittel: Cortison: Bisphosphonate: Psychopharmaka: Hormonpräparate: Sonstige Medikamente: hre Beratungswünsche ar Professionelle Zahnreinigung	uns (zutreffendes bitte ankre	ankreuzen):	

Neumarkt, den

Unterschrift Patientin/Patient bzw. bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r