

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe 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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches

Name / Vorname _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____ Bonusanspruch ja nein

Zusatzversicherungen ja nein Wenn ja, welche? _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Name der Privatversicherung _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Basistarif? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Internet, über die Seite

Überweisung von _____

Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie unseren Newsletter per E-Mail erhalten? ja, an folgende Adresse: _____ nein

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

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

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

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
- Ohrensausen / Tinnitus ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck ja nein
- Niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- eine Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Asthma ja nein
- Allergien ja nein
- Wenn ja, wogegen?

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- eine Herzoperation
- einen angeborenen Herzfehler
- eine Herzklappenprothese
-

Medikamente – Nehmen Sie ...

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

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

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?

Datum (ungefähr):

Organ:

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

zum Schluss

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja

nein

Rauchen Sie? ja nein

Ich bin damit einverstanden, an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden.

Datum

Unterschrift

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um eine optimale Betreuung für Sie zu gewährleisten, bitten wir Sie einige Fragen zur Gesundheit Ihres Mundes zu beantworten. So können wir gezielter auf Ihre Wünsche eingehen. Gerne sind wir Ihnen bei der Beantwortung der Fragen behilflich.

Zahntfernung

Sind bei Ihnen Zähne entfernt worden? ja nein

Wann sind die Zähne entfernt worden?

Warum sind die Zähne entfernt worden?

Füllungen

Sind bei Ihnen Füllungen vorhanden? ja nein

Wie alt sind die vorhandenen Füllungen?

Wie bewerten Sie die Füllungen?

Zahnersatz

Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden? ja nein

Krone, Brücke

Herausnehmbare Teilprothese

Totalprothese

Implantat (künstliche Zahnwurzel)

Wie alt ist der Zahnersatz?

Wie bewerten Sie den Zahnersatz?

Wenn Sie herausnehmbaren Zahnersatz haben, tragen Sie ihn

immer

nur tagsüber

nur zum Essen

selten oder nie?

Zahnpflege

Sind Sie der Meinung, über die Pflege Ihrer Zähne/Ihres Zahnersatzes ausreichend informiert zu sein?

weiß nicht ja nein

Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch andere Hilfsmittel zur Zahnpflege? ja nein

Wenn ja, welche?

Zahnhalteapparat

Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Wenn ja, wie oft? selten häufig

Beobachten Sie Lockerungen einzelner oder mehrerer Zähne? ja nein

Beobachten Sie ein Zurückweichen des Zahnfleisches an einzelnen oder mehreren Zähnen? ja nein

Haben Sie freiliegende und/oder empfindliche Zähne? ja nein

Kiefer und Zusammenbiss

Haben Sie Schmerzen in der Kau-/Kiefern Muskulatur? ja nein

Haben Sie Schmerzen im Ohrbereich (Kiefergelenke)? ja nein

Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Ohren (Kiefergelenke)? ja nein

Können Sie den Mund problemlos weit öffnen? ja nein

Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen? ja nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Sonstiges

Sind Ihnen in der vergangenen Zeit Veränderungen an den Lippen oder den Mundschleimhäuten bzw. der Zunge aufgefallen (auch Schleimhautbrennen)? ja nein

Wenn ja, welche
