

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bitte füllen Sie im Interesse Ihrer Behandlung diesen Bogen vollständig aus.

Sämtliche Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte informieren Sie uns umgehend über künftige und ergänzende Änderungen der nachfolgend gemachten Angaben:

Name, Vorname Patient _____ **geb. Datum / Ort** _____

Name, Vorname Versicherter _____ **geb. Datum** _____

PLZ und Wohnort _____

Straße, Haus-Nr. _____



tagüber _____



privat / ggf. E-Mail _____

Bitte im Notfall informieren: Name, Telefon _____

Versicherung / Krankenkasse _____

Privat versichert Beihilfe berechtigt Mitglied Familienmitglied Rentner

Führen Sie ein Bonusheft? ja nein 20 30

Sind Sie freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert? ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung? ja nein

Daten zu Ihrem **Beruf / Arbeitsplatz:**

Beruf: _____ Firma: _____ Tel.: _____

Ihr **Hausarzt:** _____ Telefon Hausarzt: _____

Besuchen Sie uns vorsorglich oder hat Ihr Besuch einen anderen Grund? _____

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Wünschen Sie nur Schmerz beseitigung ja nein oder legen Sie Wert auf umfassende Beratung ja nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Kariesvermeidung Füllungen Implantate Parodontalbehandlung Kiefergelenkbehandlung

Schlafbezogene Atmungsstörungen / Schnarchtherapie

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein Haben Sie ein Knacken beim Kauen oder Gähnen? ja nein

Können Sie alles essen? Möhren, Äpfel, Gummibärchen? ja nein Wollen Sie mehr als bisher für Ihre Zahngesundheit tun? ja nein

Möchten Sie mehr über effiziente, moderne und erprobte Mundhygiene-Hilfsmittel erfahren? ja nein, Wünschen Sie mehr Informationen über Pflege zum längeren Erhalt von eigenen Zähnen und Zahnersatz? ja nein

Bitte wenden!

Medizinische Befunderhebung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzkrankung ja nein
Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenerkrankung ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis-Prophylaxe ja nein
Kreislaufkrankungen ja nein

Infektions- und andere Erkrankungen

Immunschwäche HIV (+) ja nein
Autoimmun-Erkrankung ja nein
Multiple Sklerose ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Nierenerkrankung ja nein
Diabetes Mellitus ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Lungenerkrankung ja nein
Asthma ja nein
Tuberkulose ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein
Epilepsie ja nein
Rheuma ja nein
Osteoporose ja nein
Grauer Star ja nein

Sonstige Infektionskrankheiten, **sonstige** Erkrankungen ja nein / wenn ja, welche? _____

Allergien ja nein wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente? ja nein wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wie viel Stück pro Tag: _____

Sind Sie schwanger? ja nein wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind Sie mit dem **Zustand** Ihrer Zähne und des **Zahnfleisches** zufrieden? ja nein
 ja nein
Wurden Ihre Zähne ersetzt durch Kronen Brücken
 Implantate oder herausnehmbare?
Wenn ja, wie alt sind diese? ca.: _____ Jahre

Sind Sie mit dem **Aussehen** und **Funktion** Ihrer Zähne zufrieden? ja nein
 ja nein
Tragen Sie den herausnehmbaren Zahnersatz ja nein
regelmäßig?

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden, wenn Sie Ihre Zähne kritisch im Spiegel betrachten? ja nein
 ja nein
Möchten Sie, im Falle einer Zahnsanierung, dass sich Ihr Zahnersatz wie Ihre eigenen Zähne anfühlt ja nein

Bemerken Sie bei sich selber Mundgeruch, oder wurden Sie schon mal darauf angesprochen? ja nein
 ja nein
Stört Sie die silberfarbene Amalgamfüllung oder der schwarze Randspalt Ihrer älteren Seiten- oder Frontzahnbrücke? ja nein

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? ja nein
 ja nein
Haben Sie Fragen zu allergisch unbedenklichen Materialien? ja nein

Wollen Sie mehr darüber wissen, wie Sie Ihr Zahnfleischbluten stoppen können? ja nein
 ja nein
Legen Sie neben der funktionellen Versorgung auch Wert auf Komfort und Ästhetik Ihrer Zähne? ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (Telefonbuch, Empfehlung, Internet u.a.) _____

Wir führen unsere Praxis nach einem Bestellsystem. Diesen erfolgreichen Service können wir nur erhalten, wenn Sie Ihre Termine pünktlich wahrnehmen.

Möchten Sie unseren bequemen kostenlosen Service der Wiederbestellkartei und des Erinnerungssystems nutzen? ja nein

Im Falle einer Verhinderung verpflichten Sie sich uns sofort zu informieren, jedoch mindestens 24 Stunden vor dem Termin innerhalb unserer Öffnungszeiten. Ansonsten behalten wir uns vor, die entstandene Ausfallzeit in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB).

Unsere Klinik sowie der Parkplatz werden zum Schutz und zur Überwachung videobewacht.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind im Wartezimmer einsehbar.

Ich verpflichte mich Änderungen meinem Zahnarzt umgehend mitzuteilen.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Reaktionsfähigkeit nach einer Anästhesie (Betäubung) beeinträchtigt ist und Sie keine Fahrzeuge und Maschinen bedienen können bis die Wirkung nachgelassen hat!

Datum _____

Unterschrift: _____