

Liebe Patientin, lieber Patient!

Damit wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Beruf:

Krankenkasse / Versicherung:

gesetzlich

privat

Wenn Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name:

Ort:

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Suche im Internet

Empfehlung von Bekannten, Arbeitskollegen

Sonstiges _____

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

- Kontrolluntersuchung
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe: _____
- neuen Zahnersatz
- zweite Meinung
- profess. Zahnreinigung

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch
- Schmerzen der Kiefergelenke

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 ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie...

- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus ja nein
- Epilepsie ja nein
- grüner Star ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Gerinnungsstörung ja nein
- künstliche Gelenke ja nein
- sonstige _____

Leiden Sie an einer Allergie / Unverträglichkeit?

- Lokalanästhesie / Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle ja nein
- sonstige _____

Wenn ja, gegen welche/r?

Zu Ihrem Herzen: haben oder hatten Sie eine/n...

- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Herzinfarkt ja nein
- Endokarditisrisiko ja nein
- Angina pectoris ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie?

- Herzmedikamente ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Cortison (Kortikoide) ja nein
- blutverdünnende Medikamente ja nein
- Antidepressiva ja nein
- Bisphosphonate ja nein

Nähere Angaben bzw. andere Medikamente:

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
 - Rauchen Sie? ja nein
 - Stört Sie etwas an Ihren Zähnen? ja nein
 - Wenn ja, was?
- _____
- _____
- _____

Fragen / Anmerkungen:

Datum _____

Unterschrift _____