**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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Persönliches**

Name / Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gesetzlich versichert  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein

privat versichert  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein Basistarif  ja  nein

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?**

Name / Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hinweise zur Organisation**

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

**Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen**

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

 **In eigener Sache**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

 von Bekannten empfohlen  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige

 Überweisung von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Internet, über die Seite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?  ja  nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...** |  | **Sonstige Infektionen / Erkrankungen:** |
|  Routinekontrolle  |  neuen Zahnersatz |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Beratung  |  „zweite Meinung“ |  |

|  |
| --- |
| **Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...** |
|  Stents |  Bypass |
|  Herzschrittmacher |  Herzinfarkt |
|  Herzklappenentzündung |  künstliche Herzklappe |
|  Angina Pectoris |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
|  Schmerzbehandlung  |  andere Gründe: |  |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Haben Sie akute Schmerzen?** |  ja  nein |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wenn ja, wie äußern sich diese?** |  | **Medikamente: Nehmen Sie ...** |
|  Dauerschmerz |  |  Herzmedikamente |  Cortison (Kortikoide) |
|  Zähne reagieren auf süß / sauer |  |  Schmerzmittel |  Antidepressiva |
|  Manche Zähne sind temperaturempfindlich |  |  blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? |
|  Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen |  |  Osteoporosemittel - Bisphosphonate |
|  Zähne schmerzen auch ohne Belastung |  |  andere Medikamente: |
|  Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch  |  |  |
|  Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...** |  | **Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?** |
| Atemwege |  ja |  nein |  |  |  |
| Kreislaufs |  ja |  nein |  |  ja |  nein |
| Leber |  ja |  nein |  | Wenn ja, gegen welche? |  |
| Nieren |  ja |  nein |  |  |
| Schilddrüse |  ja |  nein |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Magen-Darm-Traktes |  ja |  nein |  |  |
| Gelenke (Rheuma) |  ja |  nein |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wirbelsäule |  ja |  nein |  |  |
|

|  |
| --- |
| **Haben oder hatten Sie ...** |
| einen Schlaganfall |  ja |  nein |
| hohen Blutdruck |  ja |  nein |
| niedrigen Blutdruck |  ja |  nein |
| Diabetes |  ja |  nein |
| Zahnfleischbluten, auch nach OP |  ja |  nein |
| Ohrensausen / Tinnitus |  ja |  nein |
| Osteoporose |  ja |  nein |
| Epilepsie |  ja |  nein |
| Grünen Star oder Grauen Star |  ja |  nein |
| Tuberkulose |  ja |  nein |
| HIV (Aids) |  ja |  nein |
| Hepatitis |  ja |  nein |
| Wenn ja, welcher Typ? |  A |  B |  C |
| Allergien |  ja |  nein |
|  Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| eine Gelenkprothese |  ja |  nein |
| (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) |
|  Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thrombosen |  ja |  nein |
| Durchblutungsstörungen |  ja |  nein |

 |

 |

|  |
| --- |
| **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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Alkoholkrankheit? |  ja |  nein |

 |  ja |  nein |
| **Fragen / Anmerkungen:** |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Datum Unterschrift** |