

Sehr geehrte, liebe Patientin, sehr geehrter, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

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. Beachten Sie bei Ihrer Terminplanung, dass auch eine lokale Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen kann. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliche Daten

Name | Vorname _____

Strasse | Nr. _____

PLZ | Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail-Adresse _____ Krankenkasse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Sind Sie zusatzversichert? Ja Nein

Sind Sie privatversichert? Ja Nein Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein Basistarif? Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name | Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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

Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung „zweite Meinung“ Schmerzbehandlung

Andere Gründe:

Service:

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Wenn ja ...

per SMS per E-Mail per Post

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Ja Nein

Wenn nein, was gefällt Ihnen nicht?

Farbe Form Stellung

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 Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer- / Kiefergelenkschmerzen

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch?

Blutung Rückgängig Brennen nein

Beobachten Sie an Ihren Zähnen ...

- Zahnlockerung Überempfindlichkeit
- gelegentlich Speisereste zwischen den Zähnen

Haben Sie einen schlechten Geschmack im Mund?

manchmal häufig nein

Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei ...

Mundöffnung Unterkieferbewegung Kauen

Haben Sie schon einmal festgestellt, dass bei Unterkieferbewegungen die Kiefergelenke ...

reiben knacken sich verhaken nein

Hatten Sie eine Parodontitisbehandlung? Ja Nein

Wurden Sie bisher kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der I des

Herzens oder Kreislaufs Ja Nein

Leber Ja Nein

Nieren Ja Nein

Magen-Darm-Traktes Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Gelenke (Rheuma) Ja Nein

Wirbelsäule Ja Nein

Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck Ja Nein

Niedrigen Blutdruck Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Tinnitus I Ohrensausen Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Grüner Star Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

HIV (Aids) Ja Nein

Hepatitis A B C Ja Nein

Asthma Ja Nein

Allergien Ja Nein

Wenn ja, wogegen? Ja Nein

Sonstige Infektionen I Erkrankungen: _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris

einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? Ja Nein

Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente Kortison

Schmerzmittel Antidepressiva

blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar®, Xarelto®)

Bisphosphonate

Andere Medikamente: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Fragen I Anmerkungen: _____

Hinweis zur Organisation:

Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird die Zeit für vereinbarte Termine exklusiv reserviert. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns für nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, entsprechend BGB §611 und 615 vorbehalten, diese in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben mitzuteilen.

Ort I Datum _____ Unterschrift _____