



## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER ZAHNARZTPRAXIS | DR. JOHN

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Bevor wir uns gemeinsam über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Um Ihre Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Nennen Sie uns Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes. Vielen Dank!

## Ihre persönlichen Daten:

Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ	_____
Ort	_____		
Geburtsdatum	_____	E-Mail-Adresse	_____
Telefon	_____	Mobil	_____
Beruf	_____		

## Die Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ	_____
Ort	_____		
Geburtsdatum	_____	E-Mail-Adresse	_____
Telefon	_____	Mobil	_____
Beruf	_____		

## Ihr Versicherungsverhältnis:

Name der Krankenkasse / Privaten Versicherung \_\_\_\_\_

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> Gesetzlich versichert  | <input type="radio"/> Privat versichert | <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Basistarif versichert |
| <input type="radio"/> Zusatzversicherung für | <input type="radio"/> Zahnersatz        | <input type="radio"/> Zahnerhaltung      |   |

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Ihre allgemeine Gesundheit:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herz-Kreislaufsystem:<br><input type="radio"/> Blutdruck <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> niedrig<br><input type="radio"/> Herzklappenentzündung<br><input type="radio"/> Herzschrittmacher                                 | <input type="radio"/> Infektionskrankheiten:<br><input type="radio"/> Tuberkulose<br><input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C<br><input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung<br><input type="radio"/> Lebererkrankung<br><input type="radio"/> Nierenerkrankung<br><input type="radio"/> Magen-Darm-Trakt<br><input type="radio"/> Psychische Erkrankung<br><input type="radio"/> Suchterkrankung | <input type="radio"/> Grüner Star (Glaukom)<br><input type="radio"/> Diabetes<br><input type="radio"/> Osteoporose<br><input type="radio"/> Rheuma<br><input type="radio"/> Epilepsie                                     |
| <input type="radio"/> Rauchen <input type="radio"/> Alkohol <input type="radio"/> sonstige Drogen   |   |



Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen?

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente _____ | <input type="radio"/> Gerinnungshemmer _____ |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel _____   | <input type="radio"/> Antidepressiva _____   |
| <input type="radio"/> weitere _____         |  |

**Bitte teilen Sie uns immer Ihren aktuellen Medikamentenplan und Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.**

Sollen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen ein Antibiotikum einnehmen? ☐ ja ☐ nein

**Für unsere Patientinnen:** Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein ☐ vielleicht

## Ihre Zahngesundheit:

Haben Sie:

- |                                     |   |   |  |
|-------------------------------------|---|---|--|
| <input type="radio"/> Zahnschmerzen | <input type="radio"/> Kieferschmerzen       | <input type="radio"/> Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> empfindliche Zähne |
| <input type="radio"/> Zahnlockerung | <input type="radio"/> Kiefergelenkschmerzen | <input type="radio"/> Mundgeruch        | <input type="radio"/> Mundtrockenheit    |

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?

☐ ja ☐ nein

Schnarchen Sie?

☐ ja ☐ nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie einen starken Würgereiz?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine starke Schmerzempfindlichkeit?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?

☐ ja ☐ nein

Legen Sie Wert auf schöne Zähne & gesundes Zahnfleisch?

☐ ja ☐ nein

Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung?

☐ ja ☐ nein

## Sie sind uns wichtig:

Was ist Ihr heutiges Anliegen: \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen beim Zahnarzt besonders wichtig? Was haben Sie am meisten vermisst?

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mundbereich? \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, vorstehende Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum Unterschrift \_\_\_\_\_