

## 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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
 Tel. Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
 gesetzlich versichert  ja  nein      privat versichert  ja  nein      Basistarif  ja  nein  
 Zusatzversicherung  ja  nein      beihilfeberechtigt  ja  nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte mindestens 24 Stunden vorher mit. Ansonsten müssen wir Ihnen gegebenenfalls die Ausfallzeit in Rechnung stellen.  
 Wir weisen Sie darauf hin, dass seit dem 1.1.2002 unsere Rechnungsstellung ausschließlich über die privatärztliche Verrechnungsstelle Reiss in 78224 Singen erfolgt. Es entstehen Ihnen hierdurch selbstverständlich keine Nachteile.

### Für Privatpatienten

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen Gebührensatz abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

### 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?  
 auf Empfehlung meines Hauszahnarztes       auf Empfehlung von Bekannten       Telefon- / Branchenbuch       Zeitungsanzeige  
 Überweisung von \_\_\_\_\_  
 Internet, über die Seite \_\_\_\_\_       Sonstiges \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein  
 Möchten Sie unseren monatlichen Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?  ja  nein  
 Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Wenn ja, per  E-Mail  SMS  Post  telefonisch  
 Möchten Sie von uns über bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?  ja  nein

- bitte wenden -

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle  | <input type="radio"/> Beratung zu Implantaten   |
| <input type="radio"/> neuen Zahnersatz  | <input type="radio"/> Beratung zu professioneller Zahnreinigung und Mundhygieneprogramm |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung |   |
| <input type="radio"/> „zweite Meinung“  |   |
| <input type="radio"/> andere Gründe:    |   |

Haben Sie akute Schmerzen?  ja  nein

## Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- |                         |                          |                            |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Haben oder hatten Sie ...

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Nackenschmerzen   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| hohen Blutdruck   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| niedrigen Blutdruck   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Migräne   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fallsucht (Epilepsie)   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| eine Tumorerkrankung  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welche? _____  |                          |                            |
| Asthma  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischrückgang   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| gelockerte Zähne  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids)  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |                          |                            |
| Allergien   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, wogegen? _____   |                          |                            |
| Besitzen Sie einen Allergiepass? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein          |                          |                            |
| Sonstige Infektionen / Erkrankungen:  |                          |                            |

## Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Angina Pectoris   |
| <input type="radio"/> einen Herzschrittmacher    | <input type="radio"/> einen Herzinfarkt |

## Medikamente: Nehmen Sie ...

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="radio"/> Herzmedikamente                                   | <input type="radio"/> Antidepressiva        |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel                                     | <input type="radio"/> andere Medikamente:   |
| <input type="radio"/> Bisphosphonate                                    |   |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

## Zum Schluss

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“?                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Neigen Sie zu Blutungen?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Knirschen Sie mit den Zähnen?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Befinden Sie sich momentan in ärztlicher Behandlung?                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Befinden Sie sich in physiotherapeutischer/ orthopädischer Behandlung?       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja wann war diese Behandlung? _____                                     |                          |                            |
| Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen angefertigt? _____ |                          |                            |

## Fragen / Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Datum

Unterschrift

