

Liebe Patientin, lieber Patient! Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskunft 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 beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer privat
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Telefonnummer mobil
_____	_____	
Arbeitgeber	Beruf	
_____	_____	
E-Mail		

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherte:r?

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Krankenkasse/private Krankenversicherung

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Basistarif	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wer ist Ihr:e Hausärztin/Hausarzt?

Name _____
Ort _____
Telefonnummer _____

<input type="checkbox"/> Von Bekannten empfohlen
<input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige
<input type="checkbox"/> Internet/Social Media _____
<input type="checkbox"/> Überweisung von _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

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

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- Neuen Zahnersatz
- „Zweite Meinung“
- Andere Gründe

Haben Sie akute Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf Süßes/Saures
- 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 Ja Nein
- Leber Ja Nein
- Nieren Ja Nein
- Schilddrüse Ja Nein
- Magen-Darm-Trakts Ja Nein
- Gelenke (Rheuma) Ja Nein
- Wirbelsäule Ja Nein

Haben oder hatten Sie ...

- Zahnfleischbluten Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Bluthochdruck Ja Nein
- Ohrensausen/Tinnitus Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Glaukom (Grüner Star) Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- HIV (AIDS) Ja Nein
- Hepatitis Ja Nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien Ja Nein
- Wenn ja, wogegen?

Sonstige Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- Eine Herzklappenentzündung
- Einen Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- Einen Herzinfarkt Wenn ja, wann? _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva
- Bisphosphonate
- Blutverdünnende Medikamente (Marcumar®, Eliquis®, ASS, ...)
- Andere Medikamente

Wenn ja, welche? _____

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

- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Fragen/Anmerkungen:

**Hinweise zur Organisation**

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

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.

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß den Steigerungssätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

Ja Nein

Möchten Sie von uns per SMS oder E-Mail an Ihre Termine erinnert werden?

Ja Nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System (Erinnerungen) einverstanden.

Ja Nein

Für Eltern:

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei meinem Kind die zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt werden darf.
- Hiermit erkläre ich, dass zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind/der zu betreuenden Person, einschließlich der Anwendung notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesien oder sonstiger Diagnostiken durchgeführt werden können.

Ort/Datum

Unterschrift Patient:in

Ggf. gesetzliche:r Vertreter:in/Vormund