

# Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Verehrte Patientin, verehrter Patient,

um eine umfangreiche Betreuung zu gewährleisten, beantworten Sie uns bitte noch folgende, Ihren Gesundheitszustand betreffende Fragen, damit wir auf etwaige Erkrankungen Rücksicht nehmen können. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der **ärztlichen Schweigepflicht**. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.



## Kontaktdaten

Patient: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Kontakt: \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefon

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefon

Beruf: \_\_\_\_\_

## Krankenversicherung

gesetzlich  privat (Name der Privaten Krankenversicherung) \_\_\_\_\_  
 Zusatzversicherung  Anspruch auf Beihilfe \_\_\_\_\_

Haben Sie mit Ihrer Krankenkasse das Kostenerstattungsprinzip vereinbart?  Ja  Nein

## Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

zufällig  Internet  Gelbe Seiten  Auf freundliche Empfehlung von (Name) \_\_\_\_\_

## Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Kontrolle  Prophylaxe/Zahnreinigung  Zweitmeinung  
 Schmerzen  Sanierung  Suche nach der Praxis Ihres Vertrauens

## Ich habe/leide unter:

<input type="checkbox"/> Empfindlichkeit bei heiß/süß/kalt	<input type="checkbox"/> hässliche Zähne/Füllungen/Lücken	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne/Nackenverspannung
<input type="checkbox"/> häufig neue Löcher/Karies/Schmerzen	<input type="checkbox"/> Zähne verschieben sich	<input type="checkbox"/> Schmerzen im Ohrbereich/Schwindel/Tinnitus
<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> herabgesetztes Kauvermögen	<input type="checkbox"/> Orthopädische Probleme (z.B. Rückenprobleme)
<input type="checkbox"/> Mundgeruch	<input type="checkbox"/> Zähneknirschen/Zähnepressen	<input type="checkbox"/> psychische Probleme (z.B. Depressionen)
<input type="checkbox"/> Zungenbrennen	<input type="checkbox"/> Schnarchen/Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenprobleme
<input type="checkbox"/> lockere Zähne	<input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Metallgeschmack	<input type="checkbox"/> Knacken im Kiefergelenk	_____
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten		

## Vorbehandlungen

Letzte Zahnbehandlung am: \_\_\_\_\_  
Letzte Röntgenaufnahme (Zähne) am: \_\_\_\_\_  
Letzte Parodontosebehandlung am: \_\_\_\_\_ Bei wem? \_\_\_\_\_  
Durchführung kieferorthopädischer Behandlungen? \_\_\_\_\_ Wurde diese zu Ende geführt? \_\_\_\_\_  
Sind Sie Raucher? \_\_\_\_\_ Anz. Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

## Erinnerungs-Service

Möchten Sie gern von uns an Ihre regelmäßigen Untersuchungstermine erinnert werden?  Ja, per Brief  Nein, lieber nicht

Dürfen wir Sie zu gegebenen Anlässen (Geburtstag, Weihnachten, etc.) anschreiben?  Ja, gern  Nein, lieber nicht

## Zahnpflege (ich benutze täglich/regelmäßig)

- Zahnbürste     Zahnzwischenraumbürste     Zahnpflegekaugummi  
 Zahnseide     Mundspülung     Prophylaxe-Service  
 andere: \_\_\_\_\_



## Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie behandelt, was betrifft Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?

- Herz**
- |                           |                          |                          |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzschrittmacher         | ja                       | nein                     |
| Herzschwäche              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina Pectoris           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige _____            |                          |                          |

- Kreislauf**
- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Blutdruck zu hoch        | ja                       | nein                     |
| Blutdruck zu niedrig     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zustand nach Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gerinnungshem. Mittel    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige _____           |                          |                          |

- Stoffwechsel**
- |                            |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rheuma                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-/Darmerkrankungen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige _____             |                          |                          |

- Nervensystem**
- |                                |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lähmungen                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krampfanfälle (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zittern (z.B. Parkinson)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige _____                 |                          |                          |

- Bluterkrankungen**
- |                              |                          |                          |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutarmut (Anämie)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige _____               |                          |                          |

- Infektionskrankheiten**
- |                |                          |                          |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| TBC            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV (AIDS)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige _____ |                          |                          |

- Allergien**
- |                                |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthma bronchiale              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sulfitüberempfindlichkeit      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heuschnupfen                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicillin-Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige (Allergiepass) _____  |                          |                          |

- Allgemeines**
- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Besteht eine Schwangerschaft wenn ja, welcher Monat? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- Regelmäßige Medikamenteneinnahme**
- |                        |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|

## Sonstige Angaben/Erkrankungen, die nach Meinung des Patienten von Bedeutung sind:

### Befürchtungen

- Ich bin sehr schmerzempfindlich     Ich bekomme leicht einen Würgereiz     Andere: \_\_\_\_\_  
 Ich habe große Angst vor der Behandlung     Ich habe Angst vor der Spritze

### Mundraum / Zahnersatz

- |   |  |                                   |  |                                |
|---|--|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| Beobachten Sie Zahnfleischbluten?                                 | <input type="checkbox"/> nie               | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> häufig                  | <input type="checkbox"/> immer |
| Sind Sie an der Zahnerhaltungsvorsorge (Prophylaxe) interessiert? | <input type="checkbox"/> nein              | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> kenne ich nicht         |                                |
| Sind Sie mit der Funktion Ihrer/s Zähne/Ersatzes zufrieden?       | <input type="checkbox"/> nein              | <input type="checkbox"/> geht so  | <input type="checkbox"/> ja                      |                                |
| Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?                  | <input type="checkbox"/> nein              | <input type="checkbox"/> geht so  | <input type="checkbox"/> ja                      |                                |
| Geben Sie Ihr Einverständnis für die örtliche Betäubung?          | <input type="checkbox"/> nein              |                                   | <input type="checkbox"/> ja                      |                                |
| Haben Sie Zahnersatz (Inlay, Krone, Brücke, Prothese)?            | <input type="checkbox"/> nein              |                                   | <input type="checkbox"/> ja                      |                                |
| Wie sind Sie damit zurecht gekommen?                              | <input type="checkbox"/> sofort sehr gut   |                                   | <input type="checkbox"/> lange Gewöhnungszeit    |                                |
| Sind nachträgliche Korrekturen durchgeführt worden?               | <input type="checkbox"/> keine oder wenige |                                   | <input type="checkbox"/> viele Korrekturen nötig |                                |
| Haben/Hatten Sie eine Aufbiss-Schiene?                            | <input type="checkbox"/> nein              | ja (Warum?) _____                 |  |                                |

### Wichtige Information für Sie

Wir sind eine **Bestellpraxis**. Vereinbarte Termine reservieren wir **ausschließlich für Sie**. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind zum vereinbarten Termin **nur für Sie** da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen nicht eingehaltene Termine, die **nicht bis 17 Uhr** am Vortag abgesagt wurden, privat in Rechnung stellen müssen (**Praxiskosten: 75,00 Euro je 30 Minuten, gemäß §615 BGB in Verbindung mit §611 BGB**). Bitte helfen Sie daher mit, freigewordene Termine anderen Patienten zur Verfügung zu stellen. Vielen Dank.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darauf aufmerksam gemacht wurde, dass die Fahrtüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_