

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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum & -Ort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zahnzusatzversicherung

Daten des Versicherungsangehörigen, wenn Sie nicht selbst versichert sind.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Ort

Telefonnummer

Hinweise zu Terminen

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, teilen Sie uns dies bitte frühstmöglich mit. Andernfalls sind wir gezwungen eine Ausfallgebühr von 70 EUR pro Stunde zu erheben.

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 gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Gelbe Seiten / Telefonbuch Empfehlung durch Freunde / Bekannte Anzeige
- Überweisung von
- Ja, bitte erinnern Sie mich per Post an meine Vorsorgeuntersuchung

Bitte wenden!

Haben Sie akute Schmerzen?

- ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß/sauer
- Zähne reagieren auf heiß/kalt
- Zahnschmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zahnschmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer- / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des:

- Herzens oder Kreislaufs
- Leber
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Traktes
- Gelenke (Rheuma)
- Wirbelsäule
- Atemwege

Haben oder hatten Sie:

- Hohen Blutdruck
 - Niedrigen Blutdruck
 - Diabetes
 - Zahnfleischbluten
 - Ohrensausen / Tinnitus
 - Epilepsie
 - Grünen Star
 - Tuberkulose
 - Tumorerkrankung
 - HIV (AIDS)
 - Hepatitis A B C
 - Allergien
- Wenn ja, wogegen:

Zu Ihrem Herzen, haben oder hatten Sie:

- Eine Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- Einen Herzschrittmacher
- Einen Herzinfarkt

Medikamente. Nehmen Sie:

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)
- Andere:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- Ja, gegen:

Für unsere Patientinnen, sind Sie schwanger?

- Ja, in der Woche

Zum Schluss, zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich knirsche mit den Zähnen
- Ich fühle mich psychisch stark belastet
- Ich bin Raucher

Platz für Ihre Anmerkungen:

Datum:

Unterschrift:

Bitte wenden!