

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bitte füllen Sie im Interesse Ihrer Behandlung diesen Bogen vollständig aus.

Sämtliche Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte informieren Sie uns umgehend über künftige und ergänzende Änderungen der nachfolgend gemachten Angaben:

**Name, Vorname** Patient \_\_\_\_\_ **geb. Datum / Ort** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname** Versicherter \_\_\_\_\_ **geb. Datum** \_\_\_\_\_

**PLZ und Wohnort** \_\_\_\_\_

**Straße, Haus-Nr.** \_\_\_\_\_



tagsüber \_\_\_\_\_



privat / ggf. E-Mail \_\_\_\_\_

**Bitte im Notfall informieren: Name, Telefon** \_\_\_\_\_

**Versicherung / Krankenkasse** \_\_\_\_\_

Privat versichert       Beihilfe berechtigt       Mitglied       Familienmitglied       Rentner

Führen Sie ein Bonusheft?     ja  nein       20       30

Sind Sie freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert?     ja  nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung?     ja  nein

Daten zu Ihrem **Beruf / Arbeitsplatz:**

Beruf: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Ihr **Hausarzt:** \_\_\_\_\_ Telefon Hausarzt: \_\_\_\_\_

Besuchen Sie uns vorsorglich oder hat Ihr Besuch einen anderen Grund? \_\_\_\_\_

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

Wünschen Sie nur Schmerzbehandlung     ja  nein    oder legen Sie Wert auf umfassende Beratung     ja  nein

**Wünschen Sie eine besondere Beratung über:**

Kariesvermeidung     Füllungen     Implantate     Parodontalbehandlung     Kiefergelenkbehandlung  
 Schlafbezogene Atmungsstörungen / Schnarchtherapie

Haben Sie Zahnschmerzen?     ja  nein    Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?     ja  nein

Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?     ja  nein    Haben Sie ein Knacken beim Kauen oder Gähnen?     ja  nein

Können Sie alles essen? Möhren, Äpfel, Gummibärchen?     ja  nein    Wollen Sie mehr als bisher für Ihre Zahngesundheit tun?     ja  nein

Möchten Sie mehr über effiziente, moderne und erprobte Mundhygiene-Hilfsmittel erfahren?     ja  nein,    Wünschen Sie mehr Informationen über Pflege zum längeren Erhalt von eigenen Zähnen und Zahnersatz?     ja  nein

**Bitte wenden!**

## Medizinische Befunderhebung

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzkrankung  ja  nein  
Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenerkrankung  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Endokarditis-Prophylaxe  ja  nein  
Kreislaufkrankungen  ja  nein

### Infektions- und andere Erkrankungen

Immunschwäche HIV (+)  ja  nein  
Autoimmun-Erkrankung  ja  nein  
Multiple Sklerose  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Nierenerkrankung  ja  nein  
Diabetes Mellitus  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Lungenerkrankung  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Ohnmachtsneigung  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Rheuma  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein  
Grauer Star  ja  nein

Sonstige Infektionskrankheiten, **sonstige** Erkrankungen  ja  nein / wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein wenn ja, wie viel Stück pro Tag: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  ja  nein wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit dem **Zustand** Ihrer Zähne und des **Zahnfleisches** zufrieden?  ja  nein  
 ja  nein  
Wurden Ihre Zähne ersetzt durch  Kronen  Brücken  
 Implantate oder  herausnehmbare?  
Wenn ja, wie alt sind diese? ca.: \_\_\_\_\_ Jahre

Sind Sie mit dem **Aussehen** und **Funktion** Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein  
 ja  nein  
Tragen Sie den herausnehmbaren Zahnersatz  ja  nein  
regelmäßig?

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden, wenn Sie Ihre Zähne kritisch im Spiegel betrachten?  ja  nein  
 ja  nein  
Möchten Sie, im Falle einer Zahnsanierung, dass sich Ihr Zahnersatz wie Ihre eigenen Zähne anfühlt  ja  nein

Bemerken Sie bei sich selber Mundgeruch, oder wurden Sie schon mal darauf angesprochen?  ja  nein  
 ja  nein  
Stört Sie die silberfarbene Amalgamfüllung oder der schwarze Randspalt Ihrer älteren Seiten- oder Frontzahnbrücke?  ja  nein

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?  ja  nein  
 ja  nein  
Haben Sie Fragen zu allergisch unbedenklichen Materialien?  ja  nein

Wollen Sie mehr darüber wissen, wie Sie Ihr Zahnfleischbluten stoppen können?  ja  nein  
 ja  nein  
Legen Sie neben der funktionellen Versorgung auch Wert auf Komfort und Ästhetik Ihrer Zähne?  ja  nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (Telefonbuch, Empfehlung, Internet u.a.) \_\_\_\_\_

**Wir führen unsere Praxis nach einem Bestellsystem. Diesen erfolgreichen Service können wir nur erhalten, wenn Sie Ihre Termine pünktlich wahrnehmen.**

Möchten Sie unseren bequemen kostenlosen Service der Wiederbestellkartei und des Erinnerungssystems nutzen?  ja  nein

**Im Falle einer Verhinderung verpflichten Sie sich uns sofort zu informieren, jedoch mindestens 24 Stunden vor dem Termin innerhalb unserer Öffnungszeiten. Ansonsten behalten wir uns vor, die entstandene Ausfallzeit in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB).**

Unsere Klinik sowie der Parkplatz werden zum Schutz und zur Überwachung videobewacht.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind im Wartezimmer einsehbar.

Ich verpflichte mich Änderungen meinem Zahnarzt umgehend mitzuteilen.

**Bitte beachten Sie, dass Ihre Reaktionsfähigkeit nach einer Anästhesie (Betäubung) beeinträchtigt ist und Sie keine Fahrzeuge und Maschinen bedienen können bis die Wirkung nachgelassen hat!**

Datum \_\_\_\_\_

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