

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

um Sie bestmöglich zahnmedizinisch betreuen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zur Person und zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Wir werden diesen Erhebungsbogen Ihren persönlichen Unterlagen beifügen und verpflichten uns, Ihre Daten vertraulich zu behandeln – selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

## *Persönliche Daten*

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ ... mit Zahnzusatzversicherung?  ja  nein

*Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?*

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_

*Wer ist Ihr Hausarzt?*

Name \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_

*Was sind Ihre Gründe, uns aufzusuchen?*

- Kontrolle  Beratung  Zahnersatz  Schmerzbehandlung  
 andere Gründe: \_\_\_\_\_

*Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?*

\_\_\_\_\_

*Möchten Sie von uns an fällige Vorsorgetermine erinnert werden?*

- telefonisch  per E-Mail  per Brief  nein

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

- Schilddrüse  ja  nein  
Magen-Darm-Traktes  ja  nein  
Gelenke (Rheuma)  ja  nein  
Wirbelsäule  ja  nein

- Herzens oder Kreislaufs  ja  nein  
Leber  ja  nein  
Nieren  ja  nein

nähere Angaben zur Erkrankung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Haben oder hatten Sie ...

- hohen / niedrigen Blutdruck  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Grünen Star  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Asthma / Lungenerkrankung  ja  nein  
HIV (Aids)  ja  nein  
einen Schlaganfall  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  
- welcher Typ?  A  B  C  
Allergien  ja  nein

- wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige Infektionen oder Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- eine Herzklappenentzündung  Angina Pectoris  
 einen Herzschrittmacher  einen Herzinfarkt  
 einen Herzklappenfehler  einen Herzklappenersatz

## Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Falls ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

## Abschließend

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Sind Sie zufrieden mit der  ja  nein

Farbe Ihrer Zähne?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?  
\_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Einholung von Informationen über bisherige zahnmedizinische Behandlungen beim vorherigen Zahnarzt/Arzt sowie mit der Weitergabe von Informationen an den zukünftigen Zahnarzt (bei Wechsel) einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift