

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? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied 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

Farbe Ihrer Zähne? ja nein

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