

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches

Name/Vorname _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Tel. privat _____ Tel. mobil: _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Zusatzversicherung ja nein

Medikamentenplan ja nein (falls vorhanden, bitte Kopie mitbringen)

Pflegestufe ja nein (falls vorhanden, bitte Kopie mitbringen)

Wer ist der Hauptversicherte?

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel.-Nr. _____

Hinweise zur Organisation

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können. Ansonsten müssen wir Ihnen unsere Ausfallzeiten leider in Rechnung stellen.

Recall-Erinnerungsservice

Ihre Mundgesundheit liegt uns am Herzen und Vorbeugen ist besser als jede Therapie. Aus diesem Grund bieten wir in unserer Praxis einen sogenannten Recall-Erinnerungsservice an.

Möchten Sie diesen Erinnerungsservice nutzen? ja nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Medikamente – Nehmen Sie...?

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Markumar, ASS
- Aufputzmittel
- andere Medikamente

Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten aufgetreten? (Allergie) ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

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

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kreislaufes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohren (z.B. Tinnitus) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben oder hatten Sie...?

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Grüner Star/Glaukom | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Strahlentherapie im Kopf- Hals-Bereich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welchen Typ? <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C | | |

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

- eine Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris, Herzasthma
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt
- künstliche Herzklappen

Zum Schluss

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nehmen Sie Drogen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, in welcher SSW? | _____ | |
| Wurde im letzten Jahr eine Röntgenaufnahme Ihrer Zähne angefertigt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, wo? (Praxis)

Datum: _____ Unterschrift: _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen
- Telefon-/Branchenbuch
- Internet, über die Seite _____
- Überweisung von _____
- Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

- ja
- nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?

- ja
- nein