

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, Hausnummer _____
 PLZ, Wohnort _____
 Geburtsdatum _____
 Telefonnummer privat _____
 Telefonnummer mobil _____
 E-Mail _____
 Beruf _____
 Medikamentenplan Ja Nein (falls ja, bitte Kopie mitbringen)
 Pflegestufe Ja Nein (falls ja, bitte Nachweis mitbringen)
 falls ja, welche Stufe? _____
 Haben Sie einen Ja Nein falls ja, wen? _____
 gesetzl. Betreuer? _____

Versicherung

Gesetzlich versichert _____ Privat versichert _____
 Krankenkasse _____ Versicherung _____
 Freiwillig versichert Ja Nein Basistarif Ja Nein
 Zusatzversicherung Ja Nein
 falls ja, welche? _____

Wer ist der Hauptversicherte?

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Telefonnummer _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____
 Ort _____
 Telefonnummer _____

Datenschutzvereinbarung

Ich stimme den Datenschutzvereinbarungen zu (diese liegen zur Einsicht an der Rezeption aus).

Hinweise zur Organisation

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vor der Behandlung abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können. Ansonsten müssen wir Ihnen Ausfallkosten in Höhe von 50,00€ in Rechnung stellen.

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

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kreislaufs | <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 |

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

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Eine Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Angina Pectoris, Herzasthma | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzinfarkt | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Künstliche Herzklappen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sonstige Erkrankungen falls ja, welche? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
-

Haben oder hatten Sie...?

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

Medikamente – Nehmen Sie...?

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------|-------|
| Herzmedikamente | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | falls ja, welche? | _____ |
| Cortison (Kortikoide) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | falls ja, welche? | _____ |
| Schmerzmittel | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | falls ja, welche? | _____ |
| Antidepressiva | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | falls ja, welche? | _____ |
| Blutverdünnende Medikamente | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | falls ja, welche? | _____ |
| Aufputzmittel | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | falls ja, welche? | _____ |
| Sonstige Medikamente | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | falls ja, welche? | _____ |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten (Allergien) aufgetreten? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein (falls ja, bitte Kopie mitbringen)

Zum Schluss

- | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Nehmen Sie Drogen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol | <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 | falls ja, in welcher SSW? | _____ | |
| Sind aktuelle Röntgenbilder vorhanden? (nicht älter als 12 Monate) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | falls ja, in welcher Praxis? | _____ | |

Wünschen Sie eine Beratung über?

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| Korrekturmöglichkeiten bei Zahnfehlstellungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Aufhellen der natürlichen Zahnfarbe | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Implantate | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Füllungsaustausch | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Professionelle Zahnreinigung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sonstige Beratungswünsche | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein falls ja, welche? |
-
-

In eigener Sache

Als besonderen Service unserer Praxis bieten wir Ihnen über unsere Homepage ein Online Terminmanagement an. Hier können Sie, nach einmaligem registrieren, selbstständig Ihre Termine vereinbaren und verwalten sowie im Vorfeld den Anamnesebogen (diesen Erfassungsbogen der allgemeinen Daten und des Gesundheitszustands) ausfüllen.

Mit Ihrer Einwilligung können wir Sie über Ja Nein
das Handy/ Smartphone an Ihre Termine Mobilnummer: _____
erinnern. Wünschen Sie diesen Service?

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 Service nutzen? Ja Nein falls ja, in welchen Abständen?
 halbjährlich jährlich

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--|
| Sie sind bereits Patient | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Falls ja, wie lange sind Sie schon bei uns? _____ |
| Über die Familie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Falls ja, wer hat uns empfohlen? _____ |
| Über Bekannte/ Freunde | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Falls ja, wer hat uns empfohlen? _____ |
| Über Socialmedia | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Facebook <input type="radio"/> Instagram |
| Über das Internet | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Falls ja, über welchen Dienst? _____ |
| Über Printmedien | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Falls ja, aus welcher Zeitung? _____ |
| Sonstiges | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Wie? _____ |

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)