



An jedem Zahn hängt ein Mensch und da wir Sie als ganzen Menschen wahrnehmen möchten, nehmen Sie sich bitte etwas Zeit zur Beantwortung unseres Fragebogens. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand individuell anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung der Fragen haben, scheuen Sie sich nicht, uns anzusprechen.

**Persönliches**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtstag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon privat	Telefon mobil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail-Adresse	Beruf	
<input type="text"/>		
Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie beihilfeberechtigt? (Bitte ankreuzen.)	Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? (Bitte ankreuzen.)	
<input type="text"/>		

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes

Wer ist der Versicherte, wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtstag

**Kommen Sie zu einer Routineuntersuchung?**  Ja  Nein

**Haben Sie akute Schmerzen?**  Ja  Nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

**Dauerschmerz**  Ja  Nein

**Zähne reagieren auf süß/sauer**  Ja  Nein

**Manche Zähne sind temperaturempfindlich**  Ja  Nein

**Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen**  Ja  Nein

**Zähne schmerzen auch ohne Belastung**  Ja  Nein

**Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch**  Ja  Nein

**Kieferschmerzen/Kiefergelenkschmerzen**  Ja  Nein

**Und:**

**Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?**  Ja  Nein

**Blutet Ihr Zahnfleisch z.B. beim Zähneputzen?**  Ja  Nein

**Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?**  Ja  Nein

**Leiden Sie unter Mundgeruch?**  Ja  Nein

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

**Herzens oder Kreislaufs**  Ja  Nein

**Leber**  Ja  Nein

**Nieren**  Ja  Nein

**Schilddrüse**  Ja  Nein

**Magen-Darm-Traktes**  Ja  Nein

**Gelenke (Rheuma)**  Ja  Nein

**Wirbelsäule**  Ja  Nein

**Atemwege**  Ja  Nein

**Tumorerkrankung**  Ja  Nein

**Haben oder hatten Sie ...**

**hohen Blutdruck**  Ja  Nein

**niedrigen Blutdruck**  Ja  Nein

**Diabetes**  Ja  Nein

**Zahnfleischbluten**  Ja  Nein

Bitte wenden.

Ohrensausen/Tinnitus  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein

grünen Star  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

HIV (Aids)  Ja  Nein

Hepatitis  Ja  Nein

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, wogegen?

Haben Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Herzmedikamente  Ja  Nein

Cortison (Kortikoide)  Ja  Nein

Schmerzmittel  Ja  Nein

Antidepressiva  Ja  Nein

blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, Ass)  Ja  Nein

Andere Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Fand eine Röntgenuntersuchung Ihres Kausystems statt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und was?

Sind im Kopf-Halsbereich Tumorbestrahlungen erfolgt?  Ja  Nein

#### Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Woche?

#### Hinweis zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen Wartezeiten bis zu Ihrer Behandlung so kurz wie möglich zu halten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Ihren Termin einzuhalten, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls erheben wir eine Ausfallgebühr von 65 €.

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  Ja  Nein

Wenn ja, per Post oder per E-Mail?  Post  E-Mail

#### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 h beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

#### Zum Schluss

Ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und bin mit oben genannten Regelungen einverstanden.

Datum, Name