

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wahrscheinlich kennen Sie solchen „Papierkram“ ... Damit wir jedoch optimal auf Ihre Bedürfnisse eingehen können, benötigen wir vor Ihrer Behandlung noch einige aktuelle Informationen von Ihnen

Da Umstände aller Art Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben können, ist es von besonderer Wichtigkeit, dass Sie die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand sorgfältig und wahrheitsgemäß beantworten! Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anpassen zu können!

Bei Fragen zur Beantwortung helfen wir Ihnen gerne weiter!

Wen dürfen wir behandeln?

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Ort _____

Ansprechpartner (bei Kindern) _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Beruf _____

SELBSTÄNDIG ANGESTELLT

Wie können wir Sie erreichen?

Telefon privat _____

Telefon beruflich _____

Telefon mobil _____

E-Mail _____

Wie sind Sie versichert?

GESETZLICH PRIVAT
 ZAHN/ZAHNERSATZ ZUSATZVERSICHERUNG
 SELBST VERSICHERT MITVERSICHERT

Hauptversicherer _____

Krankenkasse / Versicherung _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

Anschrift _____

Telefon (wenn bekannt) _____

Allgemeine Vorgeschichte

1.1 Sind Sie gerade oder waren Sie in den letzten 2 Jahren aufgrund von Erkrankungen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? JA NEIN

2.1 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN
(Auch die „Pille“ zählt!)

Wenn ja, welche?

2.2 Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen? (z.B. Marcumar, Aspirin, Eliquis etc.) JA NEIN

2.3 Haben Sie Probleme mit bestimmten Medikamenten? JA NEIN

Wenn ja, womit?

3.1 Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? JA NEIN
(z.B. Penicillin, Jod, Latex, etc.)

Wenn ja, welche?

3.3 Besitzen Sie einen Allergiepass? JA NEIN

4.1 Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? JA NEIN

Wenn ja, welche?

- 5.1 Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? JA NEIN
- a) Schilddrüsenerkrankungen? JA NEIN
 - b) Lungenerkrankungen / Asthma? JA NEIN
 - c) Nierenerkrankungen? JA NEIN
 - d) Lebererkrankungen? JA NEIN
 - e) Krebserkrankung? JA NEIN
 - f) Magen-Darmerkrankungen? JA NEIN
 - g) Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? JA NEIN
 - h) Nervenerkrankungen? JA NEIN
 - i) Rheuma / Arthritis / rheumatisches Fieber? JA NEIN
 - j) Diabetes? JA NEIN
 - k) Infektionskrankheiten (TBC, Hepatitis, HIV, etc.)? JA NEIN
 - l) zu hoher Blutdruck? JA NEIN
 - m) zu niedriger Blutdruck? JA NEIN
 - n) Thromboseneigung? JA NEIN
 - o) Ohnmachtsneigung? JA NEIN
 - p) Schlaganfall? JA NEIN
 - q) Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? JA NEIN
 - r) Osteoporose? JA NEIN
 - s) angeborener Herzfehler? JA NEIN
 - t) Endokarditis / Entzündung der Herzinnenhaut? JA NEIN

Sonstige Erkrankungen?

5.2 Wurden Ihnen künstliche Gelenke, ein Herzklappenersatz oder ähnliches eingesetzt? JA NEIN

Wenn ja, was und wann?

5.3 Mussten Sie im Rahmen eines Krebsleidens oder einer Osteoporosetherapie Bisphosphonate einnehmen, bzw. wurde eine antiresorptive Therapie durchgeführt? JA NEIN

6.1 Besteht eine Schwangerschaft / Könnte eine bestehen?
(Natürlich nur für Frauen ☺) JA NEIN

Wenn ja, in welchem Monat? _____

6.2 Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? JA NEIN

In welchem Körperbereich? _____

Spezielle Anamnese JA NEIN

7.1 Haben oder hatten Sie Verletzungen im Kiefer-/
Gesichtsbereich? JA NEIN

7.2 Haben Sie einmal Probleme mit Betäubungen beim
Zahnarzt gehabt? JA NEIN

7.3 Trat nach einer evtl. Zahnentfernung einmal eine
Nachblutung auf? JA NEIN

8.1 Haben Sie einen Röntgenpass? JA NEIN

8.2 Sind sie innerhalb der letzten 12 Monate im
Hals-/Kopfbereich geröntgt worden? JA NEIN

9.1 Waren Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig beim
Zahnarzt? JA NEIN

9.2 Wann ungefähr war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

9.3 Hatten Sie bisher Angst vorm Zahnarzt?
 JA EIN WENIG NEIN JA NEIN

9.4 Möchten Sie über Möglichkeiten zum Angstabbau
informiert werden? JA NEIN

9.5 Was ist der Anlass für Ihren aktuellen Zahnarztbesuch?
 Kontrolle Beratung Schmerzen
 sonstiges: _____ JA NEIN

10.1 Haben Sie Zahnschmerzen? JA NEIN

10.2 Haben Sie Schmerzen in der Kau-/Kiefermuskulatur? JA NEIN

10.3 Haben Sie Schmerzen im Ohrbereich bzw. in den
Kiefergelenken? JA NEIN

10.4 Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Ohren bzw.
Kiefergelenke? JA NEIN

10.5 Haben Sie Probleme beim Mundöffnen? JA NEIN

10.6 Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen? JA NEIN

10.7 Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? JA NEIN

11.1 Sind bei Ihnen Füllungen vorhanden?
 Wenn ja, wie alt sind die Füllungen ca.? JA NEIN

Wie bewerten Sie die Qualität Ihrer Füllungen?
 sehr gut gut ausreichend schlecht

12.1 Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden?
(Kronen, Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz) JA NEIN

Wenn ja, wie alt ist der Zahnersatz ca.? _____

Wie bewerten Sie die Qualität Ihres Zahnersatzes?
 sehr gut gut ausreichend schlecht

12.2 Wenn Sie herausnehmbaren Zahnersatz haben:
Wie oft und lange tragen Sie den Zahnersatz?
 immer nur tagsüber
 nur zum Essen selten oder nie

13.1 Haben Sie Zahnfleischbluten? JA NEIN

Wenn ja, WIE OFT? _____

13.2 Beobachten Sie Lockerungen einzelner oder mehrerer
Zähne? JA NEIN

13.3 Beobachten Sie ein Zurückweichen des Zahnfleisches an
einzelnen oder mehreren Zähnen? JA NEIN

13.4 Haben Sie freiliegende und/oder empfindliche Zahnhälse? JA NEIN

13.5 Sind Ihnen in der letzten Zeit Veränderungen an Lippen,
Mundschleimhäuten oder der Zunge aufgefallen?
(z.B. Schleimhautbrennen) JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

14.1 Rauchen Sie?
 Ja Nein
 Gelegentlich Nicht mehr seit ... Jahr(en)

Wenn ja, WAS, SEIT WANN und WIE VIEL? _____

Prophylaxe, Ästhetik und Ihre Wünsche JA NEIN

15.1. Sind Ihnen schöne Zähne wichtig? JA NEIN

15.2 Ist Ihnen die Prophylaxe (Vorbeugung) für Ihre Zähne
wichtig? JA NEIN

15.3 Möchten Sie über die Möglichkeiten der Zahnpflege und
Erhaltung informiert werden? JA NEIN

15.4 Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch andere
Hilfsmittel zur Zahnpflege?
(z.B. Zahnseide, Interdentalbürsten, etc.) JA NEIN

Wenn ja, WAS und WIE OFT? _____

16.1 Möchten Sie über Behandlungsmöglichkeiten informiert
werden, die über dem Standard der gesetzlichen
Krankenkassen liegen? JA NEIN

Zuletzt würde uns noch interessieren, wie Sie auf uns aufmerksam geworden
sind?

Internet Zeitung/Zeitschrift Familie Freunde/Bekannte

Empfehlung durch: _____

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihrer Angaben vor Ihren Terminen mit,
damit wir uns auf die jeweils aktuellen Gegebenheiten einstellen können! Wir
werden Sie darüber hinaus in regelmässigen Abständen erneut um Ihre
Angaben bitten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bei Kindern: Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt sie/er mit ihrer/seiner
Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, oder dass er im
Einverständnis des anderen Elternteils handelt. Bei getrennt lebenden Eltern mit
gemeinsamen Sorgerecht benötigen wir die Kontaktdaten (Name, Adresse,
Telefonnummer) des anderen Sorgeberechtigten:

Datum und Unterschrift _____