

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Um Ihre Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden. Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name		Vorname	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Geburtsort	E-Mail	
Telefon	Mobil	Beruf	Telefon beruflich

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an: Patienten
 Versicherten

Name		Vorname	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geburtsdatum			

Versicherungsverhältnis

- gesetzlich versichert bei
 privatversichert bei
- Zahnzusatzversicherung
 Basistarifversichert
 Pflegestufe
 Beihilfeberechtigt

Angaben zu Ihrer Gesundheit (1/2)

Herzerkrankungen

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Schmerzen in der Brust bei Anstrengungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schmerzen in der Brust bei Anstrengungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzinfarkt (wenn ja, wann) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/> |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

Kreislaufferkrankungen

- Nehmen Sie Gerinnungshemmer ein (z.B. ASS, Falithrom, Marcumar, Plavix, Xarelto, Ginkgo, ...) ja nein
- | | | | |
|----------------------|---|------------------------------|---|
| Blutdruck zu hoch | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schlaganfall (wenn ja, wann) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/> |
| Blutdruck zu niedrig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

Angaben zu Ihrer Gesundheit (2/2)

allgemeine Situation

- Blutgerinnungsstörung ja nein
- Nierenerkrankung ja nein
- Diabetes ja nein
- Magen-/ Darmerkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Lebererkrankung ja nein
- Tumorerkrankungen ja nein
- HIV-Infektion, Aids-Erkrankung ja nein
- TBC ja nein

- Schilddrüsenerkrankung Überfunktion
 Unterfunktion
- Erkrankung der Atemwege Asthma
 COPD
 erschwerte Nasenatmung

- Osteoporose ja nein
- Epilepsie ja nein
- Infektionskrankheiten ja nein
- Gelbsucht/Hepatitis ja nein
- A B C

sonstige

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

welche?

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?
(z.B. Aredia, Pamifos, Fosamax, Fosavance,
Aclasta, Zometa, Prolia, XGEVA, Avastin,
Bondronat, Bonviva, Actonel, Bonefos, Ostac,
Didronel, Diphos...)

ja nein

sonstige Informationen

Aus versicherungstechnischen Gründen
müssen wir Sie nach Ihrem Gewicht fragen:

KG

Raucher

ja nein

Anzahl je Tag

Hatten Sie bereits eine Parodontalbehandlung?

ja nein

Wann

Sollen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen ein
Antibiotikum einnehmen?

ja nein

starker Würgereiz

ja nein

Kopfschmerzen/Nackenschmerzen
(mehrmals im Monat)

ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam
geworden?

Internet

Freunde/Bekannte

Anzeige

sonstiges

Schwangerschaft

Monat

Hinweise für die
Zahnärztin oder
Dentalhygienikerin?

Haben Sie vor einer zahnärztlichen
Behandlung Angst?

ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

ja nein

Kiefergelenksbeschwerden

ja nein

Hinweise

- Beachten Sie bitte die mögliche eingeschränkte Fahrtüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Anästhesie!
- Haben Sie Fragen? Sprechen Sie mit Ihrer Zahnärztin oder dem Praxisteam, die alle der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Es ist wichtig, dass keine Unklarheiten bestehen.
- Bitte teilen Sie uns Veränderungen bei Ihren Erkrankungen oder Medikamenten umgehend mit!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum/Unterschrift Patient

Kenntnisnahme Zahnärztin