

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten und um unsere Verwaltungsarbeit zu erleichtern, bitten wir Sie um einige Informationen. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten zu einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

## ZU IHRER PERSON

Name  Vorname

Straße und Hausnummer  PLZ und Ort

Geburtsdatum  E-Mail

Telefon privat  Handy

Arbeitgeber

Beruf  Telefon dienstlich

Kassenversicherung, Geschäftsstelle

Name und Anschrift Ihres Hausarztes bzw. Ihres derzeit behandelnden Arztes

Bei Familienversicherung, abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:

Name  Vorname

Straße und Hausnummer  PLZ und Ort

Geburtsdatum  Beruf

Arbeitgeber

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Bekommen Sie Ihre Zähne beim Putzen weiß?               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Achten Sie auf frischen Atem?                           | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Stress?                                       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie öfter Kopf- oder Nackenschmerzen?             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Schnarchen Sie?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Fühlen Sie sich beim Sprechen oder Essen eingeschränkt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |



## ZU IHRER MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE

Haben Sie eine Allergie?

Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test (AIDS) durchgeführt?

Nein  Ja  positiv  negativ

Hatten Sie jemals Gelbsucht/Hepatitis?

Nein  Ja  A  B  C

Hatten Sie jemals Tuberkulose?

Nein  Ja, im Jahr \_\_\_\_\_

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:

Asthma

Nein  Ja

Blutgerinnungsstörung/Blutbildveränderung

Nein  Ja, Quickwert/INR \_\_\_\_\_

Bluthochdruck

Nein  Ja

Niedriger Blutdruck

Nein  Ja

Herz-/Kreislaufbeschwerden

Nein  Ja

Diabetes

Nein  Ja

Epilepsie

Nein  Ja

Magen-/Darmerkrankung

Nein  Ja

Nierenerkrankung

Nein  Ja

Grüner Star

Nein  Ja

Grauer Star

Nein  Ja

Rheuma

Nein  Ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher / künstliche Herzklappe?

Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_

Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk o.ä.?

Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_

Haben Sie eine infektiöse Endokarditis?

Nein  Ja

Hatten Sie einen Herzinfarkt?

Nein  Ja

Rauchen Sie?

Nein  Ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Haben Sie heute ein Schmerzmittel genommen?

Nein  Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine aktuelle Medikamentenliste?

Nein  Ja (bitte mitzubringen)

Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres geröntgt?

Nein  Ja, Bei \_\_\_\_\_

Liegt ein Pflegeausweis nach §15 oder

ein Behindertenausweis vor?

Nein  Ja

Haben Sie Angst vor einer Spritze?

Nein  Ja

Für Frauen: Sind Sie schwanger?

Nein  Ja, In Woche \_\_\_\_\_

## PRAKTISCHE FRAGEN

Haben Sie Interesse an einer besonderen Prophylaxe?

Nein  Ja

Möchten Sie von uns 2 mal jährlich unsere DentalNews per Post erhalten?

Nein  Ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von  Anzeige  Internet  Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

Gerne erinnern wir Sie an Ihren Termin  per SMS

Mit der Speicherung meiner Daten zum Zweck der Rechnungsstellung und ähnlicher Verwaltungsaufgaben bin ich einverstanden.

Datum und Unterschrift