



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.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein Sind Sie beihilfeberechtigt? ☐ ja ☐ nein

Verfügen Sie über eine/n Eingliederungshilfe / Pflegegrad? ☐ ja ☐ nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Gegebenenfalls gesetzliche/r Betreuer/in: _____

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- ☐ Routinekontrolle ☐ neuen Zahnersatz
☐ Beratung ☐ „zweite Meinung“
☐ Schmerzbehandlung ☐ andere Gründe:

Haben oder hatten Sie ...

- Diabetes ☐ ja ☐ nein
 eine Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein
 Ohrensausen / Tinnitus ☐ ja ☐ nein
 Epilepsie ☐ ja ☐ nein
 Grünen Star ☐ ja ☐ nein
 eine Schilddrüsenerkrankung ☐ ja ☐ nein
 Rheuma ☐ ja ☐ nein
 Tuberkulose ☐ ja ☐ nein
 HIV (Aids) ☐ ja ☐ nein
 Hepatitis ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welcher Typ? ☐ A ☐ B ☐ C
 einen Krankenhauskeim ☐ ja ☐ nein
 Allergien ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- ☐ eine Herzklappenentzündung ☐ Angina Pectoris
☐ einen Herzschrittmacher ☐ einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- ☐ Herzmedikamente ☐ Cortison (Kortikoide)
☐ Bisphosphonate ☐ Antidepressiva
☐ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS
☐ andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____



Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden 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.

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?

☐ ja ☐ nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Zeitintervall?

☐ jährlich

☐ halbjährlich

Datum / Unterschrift: _____

Datenschutz

Die Angaben werden elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Die in der Praxis ausliegende Datenschutzerklärung (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen. Auf Wunsch wird mir eine Kopie der Datenschutzerklärung ausgehändigt.

Datum / Unterschrift: _____

Bei gesetzlicher Betreuung

Hiermit entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem/meiner Betreuer/in.

Datum / Unterschrift: _____

Behandler

Ich bin damit einverstanden, bei starkem Patientenaufkommen von jedem Zahnarzt der Praxis behandelt zu werden.

Datum / Unterschrift: _____