



## 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 E-Mail 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: \_\_\_\_\_