

Allgemeinerkrankungen haben Auswirkungen auf Ihre Zähne und Ihre Kiefergelenke. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu. Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bei der zahnärztlichen Behandlung angemessen mit einzubeziehen. Danke für Ihre Mitarbeit.

Persönliche Angaben

Name/Vorname: _____ Geburtstag: _____
Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____
E-Mail: _____ Beruf: _____
Krankenkasse: _____
Gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein
Zusatzversicherung ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversichert sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname: _____ Geburtstag: _____
Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____ Name: _____
Ort: _____ Tel.: _____

Wer ist Ihr Hauszahnarzt? _____ Name: _____
Ort: _____ Tel.: _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon-/Branchenbuch Überweisung
 Internet, über die Seite _____ Sonstiges

Warum suchen Sie uns auf? Wünsche Sie ein/e

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

Haben oder hatten Sie....

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Infektionen, Mandelentzündungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herz.- Kreislauf Probleme | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Atemsystem Probleme (Lunge, Nasennebenhöhle) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Probleme mit Verdauungsorganen (Leber, Galle) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Stoffwechselerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien (Haut) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Probleme mit Niere, Blase, Unterleib | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Psychische Probleme (auch Therapie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hormonelle Erkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

| | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Zahnfleischbluten oder –rückgang | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| manchmal Schmerzen vor, hinter dem Ohr | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| das Gefühl von Trockenheit oder brennen im Mund | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken nach einem Unfall | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| jemals eine kieferorthopädischen Behandlung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| spezielle Probleme, Krankheiten oder Operationen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Beschwerden beim Kauen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kiefergelenksgeräusche | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, auf welcher Seite? _____ | | |

Leiden oder litten Sie.....

| | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| an Kopfschmerzen morgens, mittags, abends | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| unter Verkrampfung/ Ziehen im Kopf, Nacken oder Hals | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Für unsere Patientinnen

| | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, in welcher Woche? _____ | | |

Medikamente

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Nehmen Sie zurzeit ein? _____ | | |
| Besteht eine Arzneimittelüberempfindlichkeit? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, gegen ? _____ | | |

zum Schluss

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Beeinflussen die angeführten Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wann war Ihre letzte Zahnbehandlung und was wurde gemacht? | | |

Pro Tag: Tasse Kaffee Zigaretten Alkohol Süßigkeiten

Ort, Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter