

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