

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Probleme und Wünsche persönlich unterhalten können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Rückseite des Blattes). Dies ist wichtig, um mögliche Risiken zu erkennen und damit angemessen umzugehen. Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## FRAGEN ZUM PATIENTEN

Frau / Herr

Nachname Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Anschrift

Straße und Hausnummer Postleitzahl Ort

Kontakt

Mobiltelefonnummer Festnetznummer E-Mail-Adresse

Arbeitgeber

(freiwillige Angabe)

Name Telefon dienstlich Beruf

Hausarzt

(falls vorhanden)

Nachname Straße und Hausnummer Postleitzahl Ort

## FRAGEN ZUR VERSICHERUNG

Versicherung

Name der Versicherung/Krankenkasse

- gesetzlich versichert  privat versichert
- zahnzusatzversichert  Beihilfe
- in den Bereichen:  Basistarif
- Füllungen  Zahnersatz  KVK (Bundesbahn)
- Prophylaxe  Kieferorthopädie  Postbeamtenkrankenkasse

Falls der Patient familienversichert ist, wer ist der/die Hauptversicherte?

Versicherte/r

Nachname Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Anschrift

Straße und Hausnummer Postleitzahl Ort

## WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Zeitungsanzeige  Internet
- Telefon-/Branchenbuch  Praxishomepage
- Im „Vorbeigehen“  Telefon-/Branchenbuch im Internet
- Persönliche Empfehlung  Jameda
- Ärztliche Überweisung  Ein anderes Arztportal:
- Durch etwas anderes:  Durch etwas anderes im Internet:

## WARUM SUCHEN SIE UNS HEUTE AUF?

Ich wünsche ...

- Eine Routinekontrolle
- Eine Schmerzbehandlung
- Ein Beratungsgespräch
- Eine "zweite Meinung"
- Eine Prophylaxebehandlung
- Neuen Zahnersatz
- Ich habe einen anderen Wunsch:

## WAS IST IHNEN BEI DER BEHANDLUNG GANZ BESONDERS WICHTIG?

(Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen)

- Besonders genaues Eingehen auf meine Bedürfnisse und Anliegen  Hochwertige Materialien für Füllungen und Zahnersatz
- Viel Information darüber, was gerade in der Behandlung passiert  Preisgünstige Lösungen, möglichst keine Zuzahlung
- Absolute Schmerzfreiheit während und nach der Behandlung  Mir ist nichts herausragend wichtig / mir ist alles ähnlich wichtig
- Beruhigende und angstlösende Atmosphäre und Maßnahmen  Bitte nur das Zahnproblem lösen, dann will ich schnell wieder weg ☺
- Ästhetik der Zähne, auch kosmetische Zahnbehandlungen

Bitte wenden!

## FRAGEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT

### JA NEIN Herzerkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)  
  Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)  
  Herzasthma, Angina pectoris  
  Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)  
  Herzschrittmacher  
  Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe  
  Zustand nach Herzinfarkt, Herz-OP, Bypass.  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### JA NEIN Kreislaufkrankungen

- Zu hoher Blutdruck  
  Zu niedriger Blutdruck  
  Ohnmachtsanfälle  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### JA NEIN Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes)  
  Magen-Darm-Erkrankungen  
  Schilddrüsenerkrankungen  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### JA NEIN Erkrankungen des Nervensystems

- Epilepsie  
  Krämpfe  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### JA NEIN Bluterkrankungen

- Blutungsneigung (Hämophilie)  
  Blutarmut (Anämie)  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### JA NEIN Tumorerkrankungen

- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### JA NEIN Infektionskrankheiten

- Leberentzündung (Hepatitis)  
Wenn ja, welcher Typ? \_\_\_\_\_  
  Tuberkulose  
  HIV  
  Chronische Atemwegserkrankung  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### JA NEIN Sonstige Erkrankungen oder Infektionen?

- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### JA NEIN Allergien (Unverträglichkeit, Überempfindlichkeit)

- Allergie gegen Antibiotika/Penicillin  
  Allergie gegen andere Medikamente oder Stoffe  
Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_  
**(Bitte legen Sie Ihren Allergiepass vor!)**

### JA NEIN Einnahme von Medikamenten

- Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?  
Blutverdünnende Medikamente (z. B. ASS, Marcumar, Heparin) \_\_\_\_\_  
Bisphosphonate \_\_\_\_\_  
Antidepressiva \_\_\_\_\_  
Herzmedikamente \_\_\_\_\_  
Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_

### JA NEIN Drogenkonsum

- Rauchen Sie?  
  Besteht eine Alkoholabhängigkeit?  
  Besteht eine andere Drogenabhängigkeit?  
(auch Aufputschmittel, Schlafmittel)

### JA NEIN Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

## FRAGEN ZUR MUNDGESUNDHEIT

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Vor ca. \_\_\_\_\_ Monaten, bei Zahnarzt / Arzt

Nachname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

### JA NEIN

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  
  Haben Sie Zahnfleischprobleme? Zahnfleischbluten?  
  Leiden Sie unter Mundgeruch?  
  Möchten Sie von uns per Postkarte rechtzeitig an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

## WICHTIGE HINWEISE

**Behandlungstermine:** Wir sind sehr bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bedenken Sie jedoch, dass auch unangemeldete Schmerzpatienten ein Recht auf Behandlung haben und es dadurch im Einzelfall zu leichten Verzögerungen kommen kann. Können Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht wahrnehmen, dann bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind persönlich, telefonisch, per Fax und per E-Mail erreichbar. An Patienten, die ihre Termine mehrfach ohne Ankündigung versäumen, kann leider kein fester Termin mehr vergeben werden.

**Gesundheitskarte der gesetzlich Versicherten:** Die Vorlage Ihrer Gesundheitskarte ist bei jedem Besuch zwingend erforderlich. Wir behalten uns vor, Patienten nicht zu behandeln, wenn diese ihre Gesundheitskarte nicht vorlegen.

**Fahrttauglichkeit:** Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrttauglichkeit nach lokaler Betäubung eingeschränkt sein kann.

**Mitteilung von Änderungen:** Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer persönlichen Daten oder Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit.

**Ich bestätige, dass ich den Anamnesebogen gelesen und alle Fragen verstanden habe. Ich versichere, die Angaben auf diesem Bogen vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Die wichtigen Hinweise am Ende des Bogens habe ich zur Kenntnis genommen.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter) und Hauptversicherter (falls abweichend) \_\_\_\_\_