



Liebe Patientin, lieber Patient,

das Ausfüllen ist freiwillig, aber je mehr wir über Sie erfahren, desto besser können wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten. Wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____
 (freiw.: Beruf _____ Arbeitgeber _____)

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenkasse ☐ zusatzversichert
☐ vollversichert ☐ Standardtarif (1,7fach) ☐ Anspruch auf Beihilfe

Schön, dass Sie bei uns sind ...

Kennen Sie unsere Praxis-Website unter www.prothetik-implantologie.de? ☐ ja ☐ nein
 Haben Sie uns in einem Bewertungsportal gefunden? ☐ ja ☐ nein ... bei Jameda? ☐ ja ☐ nein
 Sind wir Ihnen empfohlen worden? ☐ ja ☐ nein

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Grund Ihres Besuches? _____
 Sonstiges: _____

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin (Recall-System) erinnert werden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, dann ... ☐ per E-Mail ☐ per Post

An welche Untersuchungen möchten Sie erinnert werden?

☐ Zahnreinigung ☐ Kontrolluntersuchung ☐ Zahnersatz ☐ Parodontitisbehandlung

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

☐ überempfindliche Zähne ☐ Zähneknirschen ☐ Zahnschmerzen ☐ Zahnfleischbluten
☐ Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken ☐ Zahnverfärbungen ☐ Mundgeruch ☐ Zahnlockerungen
☐ häufige Kopfschmerzen/Migräne ☐ Sonstiges _____

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen/Nahmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? ☐ ja ☐ nein

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____
 Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ ja ☐ nein Haben Sie Asthma? ☐ ja ☐ nein



Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzklappenersatz/Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzasthma, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstiges: _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstiges: _____	

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/ ...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____	
Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges: _____			

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krämpfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychosomatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstiges: _____	

Magen-/ Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt

Nierenerkrankungen

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankte Niere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	-----------------	---

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie

Schwangerschaft

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welchem Monat? _____
---	----------------------------------

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom/Grüner Star?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Allgemeines

Sind Sie Raucher/in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------------------	---

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Hausarzt/Heilpraktiker: _____
Straße+Nr.: _____
Postleitzahl+Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Facharzt: _____
Straße+Nr.: _____
Postleitzahl+Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Bitte beachten Sie: Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Datum: _____ Unterschrift: _____