



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei für eine risikoarme Behandlung, benötigen wir von Ihnen die Beantwortung einiger Fragen. Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Bei etwaigen Unklarheiten zögern Sie nicht, uns zu fragen.

## Persönliche Daten

Name  Vorname

geborene  Geburtsdatum u. -ort

Versicherter: Name  Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Fax  E-Mail

Telefon (privat)  Telefon (mobil)

Telefon (tagsüber)

Hausarzt (Name | Ort)

Versicherung

## Angaben zu Ihrer Gesundheit

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Atemwegserkrankungen  Ja  Nein

Magen-Darm-Erkrankungen  Ja  Nein

Leber-u. Nierenerkrankungen  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein

Hoher Blutdruck  Ja  Nein

Verlängerte Blutungszeit  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Rheuma  Ja  Nein

Osteoporose  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein

Grüner Star (Glaukom)  Ja  Nein

Immunsuppression  Ja  Nein

Tumorerkrankungen  Ja  Nein

Wurden Sie schon mit Bisphosphonaten  
behandelt (Osteoporose, Tumornachbehandlung)  
 Ja  Nein

Sonstige Erkrankungen, wenn ja welche?

Haben Sie Allergien, wenn ja welche?

Besteht eine Schwangerschaft?  
Wenn ja, welche Woche | welcher Monat?

Rauchen Sie?  
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Schnarchen Sie?  Ja  Nein

Herz-/Kreislaufkrankungen  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Schlaganfall  Ja  Nein



- Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?  Ja  Nein
- Nehmen sie Marcumar / Gerinnungshemmer ein?  Ja  Nein
- Hepatitis  Ja  Nein
- HIV- Immunschwäche / AIDS  Ja  Nein
- Tuberkulose  Ja  Nein
- Frühere Operationen? Welche?
- 

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

## Zahnärztliche Fragen

### GRUND IHRES BESUCHS

- Kontrolluntersuchung  Ja  Nein
- Zahnschmerzen  Ja  Nein
- Schmerzen in der Kau-/ Kiefermuskulatur  Ja  Nein
- Schmerzen im Ohrbereich (Kiefergelenk)  Ja  Nein
- Haben Sie einen konkreten Beratungs- oder Behandlungswunsch?
- 

- Können Sie Ihren Mund ungestört weit öffnen?  Ja  Nein
- Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen?  Ja  Nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein
- Haben Sie Zahnfleischbluten?  Ja  Nein
- Beobachten Sie ein Zurückweichen des Zahnfleisches  Ja  Nein
- Beobachten Sie Lockerungen einzelner / mehrerer Zähne?  Ja  Nein

Sind Ihnen in der letzten Zeit Veränderungen an den Lippen oder den Mundschleimhäuten bzw. der Zunge aufgefallen, auch Schleimhautbrennen?  Ja  Nein

## Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

## Unser Service für Sie

Für unsere Patienten haben wir einen Informations- und Recallservice eingerichtet. Dieser ermöglicht es uns, Ihre Zahngesundheit im Blick zu behalten.

Wünschen Sie eine regelmäßige Information zu anstehenden Vorsorge- oder Prophylaxeterminen?

Wenn ja, auf welchem Weg?

per Post  per E-Mail  per Telefon

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

Hinweis zur Organisation: Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird die Zeit für vereinbarte Termine exklusiv für Sie reserviert. Vermeiden Sie daher bitte kurzfristige Terminabsagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten zu.

Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift