

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_ Beruf\* \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein      Zahnversicherung  ja  nein

privat versichert  ja  nein      beihilfeberechtigt  ja  nein      Basistarif  ja  nein

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, über wen sind Sie mitversicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Wer ist Ihr Hausarzt?\*

Name\* \_\_\_\_\_ Ort\* \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?\*

\_\_\_\_\_

## Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

Routinekontrolle       neuen Zahnersatz       Beratung       „zweite Meinung“

Schmerzbehandlung       andere Gründe: \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie auch die zweite Seite aus. →**

**Haben Sie akute Schmerzen?**     ja     nein

**Wenn ja, wie äußern sich diese?**

- Dauerschmerz
- Manche Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Manche Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Manche Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen
- Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen

**Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?**

- |                  |                             |                               |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kreislauf        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niere            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Im Detail, haben oder hatten Sie:**

- |                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grüner Star            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebs                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bulimie / Magersucht   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann und Typ? | _____                       |                               |
| Allergien              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wogegen?      | _____                       |                               |
| Zahnfleischbluten      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten**

\*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

**Weitere Erkrankungen?**

**Haben oder hatten Sie Herzerkrankungen?**

- |                                               |                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stent                | <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher    | <input type="checkbox"/> Bypass                |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt          | <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> weitere Erkrankungen | _____                                          |

**Welche Medikamente nehmen Sie?**

- |                                                                                       |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente                                              | <input type="checkbox"/> Cortison            |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel                                                | <input type="checkbox"/> Antidepressiva      |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner (ASS, Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa®) |                                              |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate                                               | <input type="checkbox"/> weitere Medikamente |

**Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?**

ja     Nein

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

**Eine Frage an unsere Patientinnen:**

Sind Sie schwanger?     ja     nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

**Und zu guter Letzt:**

Knirschen Sie mit den Zähnen?     ja     nein

Rauchen Sie?     ja     nein

Sind Sie mit Ihrem Lächeln zufrieden?  ja     nein

Wann hatten Sie Ihr letztes Röntgenbild und wo?

\_\_\_\_\_

**Datum**

**Unterschrift**