



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

1

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Füllen Sie bitte deswegen diesen medizinischen Erhebungsbogen aus. Dies ist für eine adäquate Behandlung wichtig. Der Erhebungsbogen wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Patient:	Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Versicherter:	Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Anschrift:	Straße:		Hausnummer:
	PLZ:	Ort:	Telefon:
	Krankenversicherung/Kasse:		
Für privat versicherte Patienten:		☐ Beihilfeberechtigt	☐ Basisversichert
Beruf:			
Arbeitgeber:	Straße:		Hausnummer:
	PLZ:	Ort:	Telefon:
	Was führt Sie zu uns?		
	Empfohlen durch:		

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem ersten Besuch im Quartal. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung noch nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	☐ Ja	☐ Nein
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	☐ Ja	☐ Nein
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	☐ Ja	☐ Nein
Sonstiges: _____		

Wir bieten unseren Patienten ein intensives Prophylaxeprogramm (Vorsorge, Zahnpflege, Zahnkosmetik, etc.)
Wünschen Sie hierzu nähere Informationen? ☐ Ja ☐ Nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:					
Kariesvermeidung?	☐ Ja	☐ Nein	Ästhetische Zahnheilkunde	☐ Ja	☐ Nein
Parodontalbehandlung (Zahnfleisch)	☐ Ja	☐ Nein	Amalgamentfernung	☐ Ja	☐ Nein
Kiefergelenkbehandlung	☐ Ja	☐ Nein	Implantate	☐ Ja	☐ Nein
Keramikfüllungen (Empress)	☐ Ja	☐ Nein	Zahnaufhellung (Bleaching)	☐ Ja	☐ Nein
Hochwertigen Zahnersatz	☐ Ja	☐ Nein			
Sonstiges: _____					



Medizinische Befunderhebung

2

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Bluten Sie lange nach Verletzungen?

☐ Ja

☐ Nein

Sind Sie künstl. Bluter (Marcumar, etc.)?

☐ Ja

☐ Nein

Hatten Sie jemals:

Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?

☐ Ja

☐ Nein

Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?

☐ Ja

☐ Nein

Penicillin-Überempfindlichkeit?

☐ Ja

☐ Nein

Schweres Rheuma?

☐ Ja

☐ Nein

Zu hohem Blutdruck?

☐ Ja

☐ Nein

Erkrankungen des Herzens?

☐ Ja

☐ Nein

Erkrankungen der Leber?

☐ Ja

☐ Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)?

☐ Ja

☐ Nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit
(wie z.B. Hepatitis, TBC, AIDS)?

☐ Ja

☐ Nein

Ich verpflichte mich bei Veränderungen meines Gesundheitszustandes den behandelnden Zahnarzt vor einer weiteren Behandlung zu informieren.

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie auf folgendes hinweisen:

Bei zahnärztlichen Behandlungen gelangen häufig Betäubungsverfahren zu Anwendung. Bei der Durchführung der Lokal- und Leitungsanästhesie (örtliche Betäubung) kann es neben Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Medikament zu schicksalhaften Schädigungen der Nerven und Gefäße kommen. Diese Nervenschädigungen führen in der Regel zu Sensibilitätsstörungen im Endausbreitungsgebiet der Nerven, die sich nach einiger Zeit meistens zurückbilden. Die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann unter dem Einfluss von Spritzen zu lokaler Betäubung, therapeutischen Spritzen sowie Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4 bis 6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein!

Wir sind nach der Röntgenverordnung verpflichtet, Ihnen folgende Fragen zu stellen:

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

Zusatzfragen für weibliche Personen:

Besteht bei Ihnen z.Zt. eine Schwangerschaft?

☐ Ja

Welcher Monat? _____

Ich verpflichte mich, vor späteren Röntgenaufnahmen den behandelnden Zahnarzt von einer eventuellen Schwangerschaft zu unterrichten.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der vor genannten Angaben mit.

Datum:

Unterschrift: