



**HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS**

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ihr persönlicher Gesundheitscheck**

- |                                                                               |        |          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|
| Herzerkrankung                                                                | ja [ ] | nein [ ] |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen                                       | ja [ ] | nein [ ] |
| Hoher Blutdruck                                                               | ja [ ] | nein [ ] |
| Niedriger Blutdruck                                                           | ja [ ] | nein [ ] |
| Ohnmachtsneigung                                                              | ja [ ] | nein [ ] |
| Marcumar / Gerinnungshemmer                                                   | ja [ ] | nein [ ] |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung                                              | ja [ ] | nein [ ] |
| Glaukom (grüner Star)                                                         | ja [ ] | nein [ ] |
| Künstliche Gelenke (Endoprothesen)                                            | ja [ ] | nein [ ] |
| Epilepsie                                                                     | ja [ ] | nein [ ] |
| Rheuma                                                                        | ja [ ] | nein [ ] |
| Diabetes                                                                      | ja [ ] | nein [ ] |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen                                              | ja [ ] | nein [ ] |
| Schilddrüsenerkrankung                                                        | ja [ ] | nein [ ] |
| Magen- / Darmerkrankung                                                       | ja [ ] | nein [ ] |
| Osteoporose (wenn ja, welche Medikamente nehmen/nahmen Sie?)                  | ja [ ] | nein [ ] |
| Nierenerkrankung                                                              | ja [ ] | nein [ ] |
| Lungenerkrankung / Asthma                                                     | ja [ ] | nein [ ] |
| Lebererkrankung (Hepatitis)                                                   | ja [ ] | nein [ ] |
| Haben Sie eine Infektionserkrankung (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose, etc.)? | ja [ ] | nein [ ] |
| Haben oder hatten Sie eine sonstige schwere Erkrankung ?<br>Wenn ja, welche?  | ja [ ] | nein [ ] |

- 
- |                                                  |        |          |
|--------------------------------------------------|--------|----------|
| Allergien                                        | ja [ ] | nein [ ] |
| Wenn ja, welche? / Haben Sie einen Allergiepass? |        |          |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- 
- |                                                        |        |          |
|--------------------------------------------------------|--------|----------|
| Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? | ja [ ] | nein [ ] |
| Wenn ja, bei welchen?                                  |        |          |

- 
- |                                                                       |        |          |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|----------|
| Sind Sie Raucher? (wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?) | ja [ ] | nein [ ] |
| Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?                  | ja [ ] | nein [ ] |



**Patient:** \_\_\_\_\_

**Grund Ihres Besuchs**

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen / Pressen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

**Sie sind uns wichtig**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja [ ]	nein [ ]
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja [ ]	nein [ ]
Starker Würgereiz	ja [ ]	nein [ ]

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

**Beratungswunsch**

hochwertige Endodontie (Wurzelkanalbehandlung)	ja [ ]	nein [ ]
Weißer Zähne (Bleaching)	ja [ ]	nein [ ]
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja [ ]	nein [ ]
Professionelle Zahnreinigung	ja [ ]	nein [ ]
hochwertige Kunststofffüllungen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfarbene Keramikrestaurationen	ja [ ]	nein [ ]
Kieferorthopädische Behandlung	ja [ ]	nein [ ]
Austattung verträgl. Füllungsmaterialien	ja [ ]	nein [ ]
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja [ ]	nein [ ]
Implantate / Implantatversorgung	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_