

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen der Angaben baldmöglichst mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

|                                 |                    |                      |
|---------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>Name</b>                     | <b>Vorname</b>     | <b>Geburtsdatum</b>  |
| <b>Name (Hauptversicherter)</b> | <b>Vorname</b>     | <b>Geburtsdatum</b>  |
| <b>Straße</b>                   | <b>PLZ</b>         | <b>Ort</b>           |
| <b>Telefon</b>                  | <b>Handy</b>       | <b>Email</b>         |
| <b>Beruf</b>                    | <b>Arbeitgeber</b> | <b>Tel. tagsüber</b> |

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

gesetzlich pflichtversichert       privatversichert / Selbstzahler  
 freiwillig gesetzlich versichert       Beihilfe  
 Zahnzusatzversicherung

**Warum suchen Sie unsere Zahnarztpraxis auf?**

- Schmerzen
  - allgemeine Vorsorge
  - anderes Anliegen, welches?
- \_\_\_\_\_

**Haben Sie in der Vergangenheit in einer Zahnarztpraxis regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?**

- ja, regelmäßig
- unregelmäßig, ab und zu
- noch nie

**Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind?**

\_\_\_\_\_

Bitte wenden →

## Gesundheitsbezogene Fragen

Name, Geb. Patient: \_\_\_\_\_

1. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (insb. Marcumar, Falithrom, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, ASS, Plavix oder andere)

ja \_\_\_\_\_  nein

2. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?

ja \_\_\_\_\_  nein

3. Haben Sie jemals schon in Ihrem Leben sog. Bisphosphonate eingenommen, z.B. wegen einem Tumor oder Osteoporose?

ja \_\_\_\_\_  nein

4. Nehmen Sie andere Medikamente ein?

ja \_\_\_\_\_  nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

|                            |                              |                               |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| gegenüber Schmerzmitteln   | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| gegenüber Antibiotika      | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| gegenüber Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| sonstige Allergien         | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |

Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_

6. Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt, eine Herzbeutelentzündung (Endokarditis) oder einen Schlaganfall?

ja \_\_\_\_\_  nein

7. Müssen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen eine antibiotische Prophylaxe erhalten?

ja \_\_\_\_\_  nein

8. Fragen zu Herz- und Kreislauferkrankungen:

|                                |                              |                               |
|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| - erhöhter Blutdruck           | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| - niedriger Blutdruck          | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| - Herzrhythmusstörungen        | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| - Herzschrittmacher            | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| - besitzen Sie einen Herzpass? | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| - andere Herzerkrankungen      | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |

\_\_\_\_\_

9. Fragen zu Infektionskrankheiten:

|                           |                              |                               |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| - HIV-Infektion           | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| - Hepatitis (A, B oder C) | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| - Tuberkulose             | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| - MRSA                    | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| - Herpes                  | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |

10. Sonstige Angaben und Erkrankungen:

|                              |                              |                               |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Diabetes (Zuckerkrankheit)   | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma, Atemnot              | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Lungenerkrankungen           | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen- / Darmerkrankungen    | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankungen            | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma                       | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Augenerkrankungen            | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie oder Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose                  | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| andere Erkrankungen          | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |

\_\_\_\_\_

11. Für Frauen:

|                     |                              |                               |
|---------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| Stillen Sie?        | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |

Informationen zum Thema Datenschutz in unserer Zahnarztpraxis sind für Sie in der Praxis ausgelegt. Erscheinen Sie zu einer Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrer Person, Ihrem Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis Dr. Stern zu.  ja

Sollte sich an Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer Medikation etwas ändern, so informieren Sie uns bitte dementsprechend. Vielen Dank!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_