

Liebe Patientin, lieber Patient,

einer adäquaten Therapie geht immer eine intensive Anamnese und Befunderhebung voraus. Daher benötigen wir von Ihnen folgende Informationen, um uns individuell auf Sie einzustellen und die Behandlung planen zu können.

Jeder unserer Untersuchungen bzw. Behandlungen geht natürlich das ärztliche Gespräch voraus, in dem Sie Fragen, Unklarheiten klären und Wünsche äußern können.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer ausdrücklichen Einverständniserklärung an dritte Personen weitergegeben.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

## 1. Patientendaten

---

Name

Vorname

---

Straße Nr.

PLZ / Ort

---

Geburtsdatum

Telefon

---

Telefon mobil

E-Mail

---

Geburtsort

Krankenkasse

---

Beruf

Arbeitgeber / Ort

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Hauptversicherte?

---

Name

Vorname

---

Geburtsdatum

Wer soll die Rechnung erhalten?

---

Name

Vorname

---

Straße Nr.

PLZ / Ort

Sind Sie Angstpatient?

Ja

Nein

## 2. Anliegen

Warum begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung?

---

Kontrolluntersuchung?

Ja

Nein

Beratungsgespräch?

Ja

Nein

Wenn ja, über:

Zahnersatz

Füllungstherapie

Zahnfleischveränderungen

Ästhetische Veränderungen

Haben Sie Zahnschmerzen?

- Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Wenn ja, wo?

Haben Sie häufiges Zahnfleischbluten?

- Ja  Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

\_\_\_\_\_

### 3. Allgemeiner Gesundheitszustand

Waren Sie bis vor kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung?

- Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber gewissen Medikamenten vor?

- Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Wenn ja, gegen welche?

Liegen Allergien vor?

- Ja  Nein

Wenn ja, welche/gegen:

- Heuschnupfen
- Asthma
- Hautausschläge
- Latex
- zahnärztliche Betäubungen
- Penicillin
- Jod

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja  Nein

Leiden oder litten Sie an einer Krankheit in den folgenden Bereichen?

Erkrankungen des Herzes (Herzinfarkt, Angina pectoris etc.)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen des Kreislaufs	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Störungen der Blutgerinnung, häufiges Nachbluten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen der Leber (z. B. Hepatitis, Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Zuckerkrankheit (zuletzt gemessener Wert: _____)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen der Nieren	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen der Nerven	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Anfallsleiden/Krampfleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Migräne	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt
Erkrankungen der Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nicht bekannt

- Infektionskrankheiten (z. B. Tbc, AIDS/HIV, Hepatitis, etc.)  Ja  Nein  Nicht bekannt
- Rheuma  Ja  Nein  Nicht bekannt
- Unfälle, Verletzungen, Operationen  Ja  Nein  Nicht bekannt

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?

---

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

- Ja  Nein

Wenn ja, seit wann?

---

## 4. Zu Ihrer Information

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung / Zahnreinigung erinnert werden?

- Ja  Nein

Wenn ja, wie:

- Telefonisch  
 per Post  
 per E-Mail

---

Ort/Datum

Unterschrift