



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 unserer Praxis.

Persönliches

Name / Vorname Geburtstag/Ort

Straße / Nr. PLZ / Ort

Tel. Festnetz Tel. mobil

E-Mail Beruf

Arbeitgeber Telefon beruflich

Krankenkasse

Zusatzversicherung? ja nein Wenn ja, welche?

Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Beihilfeberechtigt ja nein Bonusheft vorhanden? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr. PLZ / Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name Ort

Tel.

Von welchem Arzt möchten Sie behandelt werden? Dr. Uta Sandig Dr. Klaus-Robert Sandig M. MSc.

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (Recall)? ja nein

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von

Internet, über die Seite Sonstiges

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter mit Tipps zur Zahngesundheit per E-Mail erhalten? ja nein

- Bitte wenden -



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

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- sonstiges:

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sie sich?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer- / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck ja nein
- Niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- Rheuma ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein

Wenn ja, welche?

Eine Operation? ja nein

Wenn ja, was und wann?

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
- einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt
- künstliche Herzklappe

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
- andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein
Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche?

... zum Schluss:

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Sind bereits Implantate vorhanden? ja nein
- Wenn ja, besitzen Sie einen Implantat-Pass? ja nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um unverzügliche Mitteilung

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift