ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

ja nein
 Hoher Blutdruck
 Niedriger Blutdruck

Haben Sie Herzerkrankungen? ja nein

- Sie Herzklappenfehler/-prothesen?
 Herzschrittmacher?
 Herzinfarkt/Stent?
 Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?
 Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe bei zahnmedizinischen Eingriffen?

ja nein
 Blutgerinnungsstörungen
 Schlaganfall
 Anfallsleiden (Epilepsie)
 Diabetes
 Schilddrüsenerkrankung
 Rheumatische Krankheiten
 Leber - oder Nierenerkrankungen
 Erkrankung der Atemwege / Asthma
 Krebserkrankung
 Wenn ja, seit wann? _____

ja nein
 Allergien?
 Wenn ja, welche? _____

ja nein
 Unverträglichkeiten?
 Wenn ja, welche? _____

ja nein
 sonstige Erkrankungen?
 Wenn ja, welche? _____

Wann wurden bei Ihnen das letzte Mal zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? _____

In welcher Zahnarztpraxis? _____

Dürfen wir diese Röntgenaufnahmen anfordern? ja nein

Haben Sie Infektionskrankheiten? ja nein

- ja nein
 HIV
 Hepatitis
 Tuberkulose
 Sonstige: (z.B. Creutzfeld-Jakob (CJK); MRSA Keime) _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

- ja nein
 Herzmedikamente
 Cortison Schmerzmittel
 Antidepressiva
 Blutverdünnende Mittel
 Bisphosphonate
 Sonstige: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, welche Woche? _____

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum? _____

MOMENTANE MUNDSITUATION

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	☐	☐
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	☐	☐
Haben Sie Kiefergelenksprobleme?	☐	☐
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	☐	☐
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	☐	☐
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	☐	☐
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	☐	☐
Wenn ja, welche?	_____	

BEHANDLUNGSWÜNSCHE

Laserbehandlung (Privatleistung)?	☐	☐
Zahnaufhellung / Bleaching (Privatleistung)?	☐	☐
Kompositfüllung in Mehrschichttechnik (Privatleistung)?	☐	☐

DATENSCHUTZ

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie an Ihre regelmäßige Kontrolluntersuchung erinnern?	☐	☐
Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie an Ihre Termine erinnern?	☐	☐
Wenn ja: ☐ per E-Mail ☐ telefonisch		
Sind Sie damit einverstanden, dass wir zum Zwecke der Verifizierung Ihrer Person Ihr Foto in der digitalen Patientenakte abspeichern.	☐	☐
Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihnen Ihre Patientenunterlagen (u.a. Rechnungen) per E-Mail zusenden?	☐	☐

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens **24 h vorher abzusagen**. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Wir weisen Sie darauf hin, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort/Datum

Unterschrift

JÄHRLICHE AKTUALISIERUNGEN (Erfolgt jährlich in der Praxis.)

Datum ; Unterschrift _____ Datum ; Unterschrift _____

Datum ; Unterschrift _____ Datum ; Unterschrift _____