

Name, Vorname	Geburtsdatum	Mitversichert bei	
Anschrift		Name	Geburtsdatum
Telefon-Nr. (privat)	Telefon-Nr. (mobil)	E-Mail	
Beruf		Krankenkasse	
Durch wen wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?		Zusatzversicherung JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	

**1. Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuchs?**

- Kontrolluntersuchung     
  Schmerzen     
  lockere Zähne     
  Zahnfleischrückgang  
 Zahnfleischbluten     
  Zahnlücken     
  anderer Grund:

**2. Wann sind Sie zuletzt von einem Zahnarzt geröntgt worden?**

*Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, bitte vorlegen!*

**3. Haben Sie bisher an einer Prophylaxebehandlung/ Zahnreinigung teilgenommen?**

- Nein      Ja

**4. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden**

- Nein      Ja

**5. Sind Sie oder waren Sie in der letzten Zeit in ärztlicher Behandlung?**

- Nein      Ja      Wenn ja, weshalb:

**6. Nehmen Sie Medikamente ein?**

- Nein      Ja     
 Schmerzmittel     
 blutgerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin, ASS, Heparin)  
           
 Corticoide     
 Hormonpräparate     
 Kreislaufpräparate  
 Sonstige:

**7. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?**

- Nein      Ja     
Allergien     
 Heuschnupfen     
 Asthma     
 Nesselfieber     
 Hautausschläge  
           
Unverträglichkeiten     
 Nahrungsmittel     
 Schmerzmittel     
 Medikamente (z.B. Penicillin, Aspirin)  
 Pflaster     
 Latex     
 örtliche Betäubungsmittel  
 Andere:

*Falls Sie einen Allergiepass besitzen, bitte vorlegen!*

**8. Gab es bei Ihnen schon einmal Komplikationen bei einer Spritze zur örtlichen Betäubung?**

- Nein      Ja      Wenn ja, welche:

**9. Sind bei Ihnen Zwischenfälle während oder nach einer Zahnbehandlung aufgetreten?**

- Nein      Ja  
           
 Ohnmacht     
 Krämpfe     
 Atemnot     
 Nachblutungen     
 Wundheilungsstörungen

**10. Sind in Ihrer Familie Blutungsneigungen oder Blutgerinnungsstörungen bekannt?**

- Nein      Ja

*Falls Sie einen Marcumarausweis besitzen, bitte vorlegen!*

Weiter auf der Rückseite

<b>11. Sind Sie am Herz-Kreislauf-System erkrankt?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> hoher / niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Sonstiges
	<input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) <input type="checkbox"/> Herzfehler
	<input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Endokarditis
<b>12. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	<i>Falls Sie einen Schrittmacherausweis besitzen, bitte vorlegen!</i>
<b>13. Liegt bei Ihnen eine Erkrankung der Schilddrüse vor?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion
<b>14. Liegen chronische Erkrankungen vor?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Lungen <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt <input type="checkbox"/> Bronchien (Asthma)
	<input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) <input type="checkbox"/> Knochenerkrankung (Osteoporose)
	<input type="checkbox"/> Andere:
<b>15. Sind Sie Diabetiker? Spritzen Sie Insulin oder nehmen Sie „Zuckertabletten“?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	<i>Falls Sie einen Diabetikerausweis besitzen, bitte vorlegen!</i>
<b>16. Leiden Sie an einer Autoimmunkrankheit?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
<b>17. Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Infektionskrankheit?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
<b>18. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht ?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
<b>19. Leiden Sie an einer gesundheitlichen Einschränkung, die hier nicht aufgeführt ist?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Wenn ja, welcher:
<b>20. Nur für Patientinnen: Sind Sie schwanger?</b>	
Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	

Sollten Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, so sagen Sie bitte Ihren Termin mindestens 24 Stunden vorher ab. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen anderenfalls ausgefallene Termine mit € 50,00 pro halbe Stunde privat in Rechnung stellen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient