

Name, Vorname männlich weiblich divers Geburtsdatum

Straße / Hausnummer PLZ / Ort

Festnetz privat Festnetz geschäftlich

Mobil E-Mail

Beruf Arbeitgeber

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung) Name des Zahlungspflichtigen

pflichtversichert privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif-versichert
 freiwillig versichert privat Zusatzversichert zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) nicht versichert

Welche sind Ihre 3 Hauptbeschwerden?

1.

2.

3.

Was sind Ihre Erwartungen / Ziele / Wünsche an unsere Praxis / Behandlung?

Bitte ausfüllen

Wie sehr sind Sie mit Ihrem Lachen zufrieden (z.B. Zahnfarbe, Zahnstellung, Länge der Zähne)?

sehr zufrieden mittel gar nicht zufrieden

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt. Zur Dokumentation und Planung, für die Kommunikation mit Laboren sowie für wissenschaftliche Arbeiten und Vorträge erstellen wir unter Umständen anonyme intraorale Fotoaufnahmen von Ihrer Kiefer- und Gebissituation. Diese sind weder mit Ihrem Namen noch mit Patientendaten versehen. Sollten Sie hiermit nicht einverstanden sein, teilen Sie dies unserer Praxis bitte mit. Vielen Dank für Ihre Unterstützung für Forschung und Lehre.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstauglichkeit nach einer Anästhesie eingeschränkt sein kann.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Allgemeinbefinden

Haben Sie akute oder chronische Zahnschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie häufig unter Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/> tagsüber <input type="radio"/> nachts
Haben Sie Stress?	<input type="radio"/> momentan <input type="radio"/> seit längerem
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	Wenn ja, wievielte Woche: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Herz und Kreislauf

Wie ist Ihr Blutdruck?	Ggf. Werte: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> hoch
Nehmen Sie Herz- oder Blutdruckmedikamente?	Wenn ja, welche: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie einen Herzfehler?	Wenn ja, welchen: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatten Sie einen Herzinfarkt?	Wenn ja, wann: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

<input type="radio"/> Asthma (schwere Atemnot)	<input type="radio"/> Grüner Star (Glaukom)	<input type="radio"/> Leberkrankheiten/Hepatitis
<input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Autoimmunerkrankung
<input type="radio"/> Rheuma	<input type="radio"/> HIV-Infektion	<input type="radio"/> Anfallsleiden (Epilepsie)
<input type="radio"/> Osteoporose	<input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen
<input type="radio"/> Krebserkrankung	Wenn ja, welche:	
<input type="radio"/> Orthopädische Beschwerden	Wenn ja, welche:	

Wer ist ihr Hausarzt? (Name und Telefonnummer)

Wer ist ihr Heilpraktiker/Osteopath? (Name und Telefonnummer)

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, welche: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie Blutverdünner?	Wenn ja, welche: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Bisphosphonate (z.B. Prolia/Alendronat/Ibandronat) eingenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien	Wenn ja, welche: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Sonstige Angaben / andere Krankheiten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde / Familie Praxisschild Internet Social Media **Sonstiges:**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r