

Herzlich Willkommen!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Mit gesunden und schönen Zähnen leben Sie besser! Und wir wissen, wie Sie gesunde und schöne Zähne bekommen und diese ein Leben lang behalten können.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Erkrankungen jeglicher Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben und besondere Maßnahmen erforderlich machen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir freuen uns auf Sie!



Ihre Personalien

Familienname:	_____	Straße	_____
Vorname:	_____	PLZ und Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Telefon:	_____
Geburtsort:	_____	E-Mail:	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Beruf:	_____	Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Hauptversicherte/r?

Familienname:	_____	Straße:	_____
Vorname:	_____	PLZ und Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Telefon:	_____
Geburtsort:	_____	E-Mail:	_____
		Beruf:	_____

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Bestehen oder bestanden folgende Krankheiten / Beschwerden / Befunde?

Herz- / Kreislauferkrankung	ja	nein	Herzschrittmacher	ja	nein
hoher Blutdruck	ja	nein	Herzinfarkt (Jahr _____)	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein	Endokarditis	ja	nein
Blutgerinnungsstörung	ja	nein	künstliche Herzklappe oder Gelenke	ja	nein
Glaukom (grüner Star)	ja	nein	Bluterkrankung	ja	nein
Epilepsie (Anfallsleiden)	ja	nein	Psychosen oder Einnahme Psychopharmaka	ja	nein
Nierenerkrankung	ja	nein	Ohnmachtsneigung	ja	nein
Lungenerkrankung	ja	nein	Lebererkrankung	ja	nein
Magen- / Darmerkrankung	ja	nein	Osteoporose	ja	nein
Strahlentherapie	ja	nein	Rheuma / Arthritis	ja	nein
ansteckende Krankheiten	ja	nein	Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Hepatitis	ja	nein	Diabetes	ja	nein
HIV	ja	nein	Mundtrockenheit	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein	Würgereiz	ja	nein
Sonstiges					

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Allergiepass?

Lokalanästhesie	ja	nein	Antibiotika (z.B. Penicillin, ...)	ja	nein
Schmerzmittel	ja	nein	Bestimmte Metalle	ja	nein
Latex	ja	nein	Pflaster	ja	nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wenn ja in welcher Woche?

Nehmen sie **regelmäßig Medikamente** ein? (z.B. Blutverdünnung, Bisphosphonate, ...) ja nein
wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher? ja nein Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Traten jemals **Komplikationen** bei zahnärztlichen Betäubungen oder Narkosen auf? ja nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Weswegen? _____ Behandelnder Arzt bzw. Hausarzt? _____

Sind bei Ihnen in letzter Zeit Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein

Ist es für Sie wichtig, die eigenen Zähne ein Leben lang zu erhalten? ja nein

Möchten sie an Ihren nächsten halbjährlichen Vorsorgetermin erinnert werden? ja nein

Nur ausfüllen wenn Sie für chirurgische Maßnahmen überwiesen wurden:

Name des überweisenden Zahnarztes: _____

Ich bestätige, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Mein Arzt ist ermächtigt, für die Behandlung medizinisch notwendige Daten über mich zur Einsicht anzufordern. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, sofort mitzuteilen.

Pfullingen, den _____ Datum _____ Unterschrift _____