



## Liebe Patientin, lieber Patient!

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

### 1 | Persönliche Angaben

#### KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

m  w

Name, Vorname	Geb. Datum	Geb. Ort
Straße	PLZ, Ort	
Tel. privat	Mobil	
E-Mail		
Beruf	Telefon Arbeitgeber	
Arbeitgeber		

Ist der Patient nicht der Hauptversicherte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

#### HAUPTVERSICHERTER

m  w

Name, Vorname	Geb. Datum
Straße	PLZ, Ort
Tel. privat	Mobil
E-Mail	
Beruf	Telefon Arbeitgeber
Arbeitgeber	

#### VERSICHERUNG

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert**  **Privat versichert**  
 Bei welcher Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_  Basistarif  Beihilfeberechtigt

## 2 | Ihr Anliegen

- Haben Sie Zahnschmerzen?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Migräne, Kopf- oder Nackenschmerzen?  Ja  Nein
- Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden (bspw. durch Knirschen oder Pressen mit den Zähnen)?  Ja  Nein
- Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?  Ja  Nein
- Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?  Ja  Nein
- Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?  Ja  Nein
- Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?  Ja  Nein
- 
- 

### MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung             | <input type="checkbox"/> Beratung                           | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung                    |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung     | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz                   | <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen                |
| <input type="checkbox"/> Implantate / Implantatversorgung | <input type="checkbox"/> Endodontie / Wurzelkanalbehandlung | <input type="checkbox"/> Parodontitis / Zahnfleischbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik / Kosmetik          | <input type="checkbox"/> Weiße Zähne / Bleaching            | <input type="checkbox"/> Lachgasbehandlung                    |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                  |   |   |
- 

### SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | <input type="checkbox"/> Starke Schmerzempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Starker Würgereiz |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                        |  |  |
- 

## 3 | Allgemeine Gesundheitsfragen

Name des Hausarztes / Facharztes

---

Kontaktdaten

---

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne  Ja  Nein  
und / oder des Kopfes angefertigt?

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

---

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

---

## HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)?  Ja  Nein  
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe?  Ja  Nein  
Zustand nach Herzinfarkt?  Ja  Nein  
Sonstiges?

---

## KREISLAUFERKRANKUNGEN

zu hoher Blutdruck?  Ja  Nein  
zu niedriger Blutdruck?  Ja  Nein  
Sonstiges?

---

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/C)?  Ja  Nein  
Tuberkulose?  Ja  Nein  
HIV?  Ja  Nein

## STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes?  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein  
Nierenerkrankungen?  Ja  Nein  
Magen- / Darmerkrankungen?  Ja  Nein  
Chronische Lebererkrankungen?  Ja  Nein  
Sonstiges?

---

## ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle?  Ja  Nein  
Depressionen?  Ja  Nein

## SONSTIGE ERKRANKUNGEN UND ANGABEN

Rheuma?  Ja  Nein  
Chronische Lungenerkrankungen / Asthma?  Ja  Nein  
Nase- / Nebenhöhlenerkrankungen?  Ja  Nein  
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

---

# 4 | Spezielle Gesundheitsfragen

## MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche Medikamente?

---

Nehmen Sie Blutverdünner?  Ja  Nein  
Wenn ja, welches Medikament?

---

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein (z.B. Bisphosphonate)? Wenn ja, welches Medikament?

---

## FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Stillen Sie?  Ja  Nein  
Sind Sie schwanger?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welchem Monat?

---

## ALLERGIEN

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, gegen welche?

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Rauschmittel? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

---

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Konsumieren Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

---



MÖCHTEN SIE AN IHREN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN?

Ja  Nein

per Telefon  per Brief  per E-Mail

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von \_\_\_\_\_  Internet  Telefonbuch  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Terminvereinbarungen**

Um Wartezeiten vorzubeugen sind Ihre Termine exklusiv für Sie eingeplant. Sollten Sie einen Termin nicht oder nicht rechtzeitig wahrnehmen können, informieren sie uns bitte sofern möglich **mindestens 24 Stunden vorher**. Andernfalls sind wir berechtigt die vorgesehene Behandlung in Rechnung zu stellen.

**Teilnahme am Straßenverkehr**

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

**Krankenversichertenkarte**

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

**Erklärung**

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

## 4 | Speziell für Angstpatienten

### NOTIEREN SIE IHRE ERSTE NEGATIVE ERINNERUNG AN EINEN ZAHNARZTBESUCH

Bitte notieren Sie das Datum Ihres letzten Zahnarztbesuchs:

\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?

seit \_\_\_\_\_

Haben Sie auch Angst bei anderen Ärzten und Behandlungen?

Ja  Nein

### KREUZEN SIE BITTE AN, WELCHE WAHRNEHMUNG BEI IHNEN ANGST AUSLÖST?

- Schmerz, z.B. bei Betäubungsspritzen
- Bohrergeräusche oder Bohren am Zahn
- Instrumente und deren Geräusche
- Fremde Hände im Mund
- Ausgeliefertsein, nicht zu wissen, was geschieht
- Desinfektionsgeruch
- lang, andauernde Behandlung
- hektische Behandlung
- Warten vor der Behandlung
- Angst, wieder Angst zu haben
- sonstige Angst, und zwar \_\_\_\_\_

### ANGST ÄUSSERT SICH BEI MIR DURCH

- Schwitzen
- Zittern
- Unruhe
- Neigung zu Ohnmacht
- Herzklopfen
- Blässe im Gesicht
- kalte Hände und Füße
- Schlafstörungen vor der Behandlung
- Vermeidung des Zahnarztbesuches
- sonstige Regungen, und zwar \_\_\_\_\_

### UND DAS HABE ICH BISHER GEGEN MEINE ANGST GETAN

\_\_\_\_\_

### BEI EINEM ZAHNARZTBESUCH WIRKT AUF MICH FOLGENDES ANGSTBERUHIGEND

- ein Gespräch über den Zustand meiner Zähne und welche Behandlung erfolgt
- eine genaue Erklärung, was der Zahnarzt tut, bevor er behandelt
- ein geduldiger und umsichtiger Arbeitsstil des Arztes
- freundliche und beruhigende Stimmen im Gespräch mit mir
- sofortiger Bohrerstop, wenn ich mich rege oder den linken Arm hebe
- wenn ich während der Behandlung selbst entscheiden kann
- wenn mir der Arzt versichert, dass er meine Angst ernst nimmt
- wenn mich während der Behandlung aufliegende Hände beruhigen
- wenn ich keine, außer der behandlungsnotwendigen Berührung erfahre
- sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

### HIERAN ERKENNE ICH, DASS ICH MICH BEI EINER BEHANDLUNG RICHTIG GUT FÜHLE

- wenn mein Atem ganz ruhig ist und ich tief in den Bauch hinein atme
- wenn meine Hände / Füße gut durchblutet sind und mein Herz gleichmäßig schlägt
- wenn ich mit meinen Gedanken abschweife und ein wohliges Gefühl im Bauch entwickle
- wenn mein Nacken und meine Schultern ganz entspannt sind und ich ruhig liegen kann
- wenn ich in der Nacht vor dem Zahnarztbesuch gut schlafe
- sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten