



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