

GESUNDHEITSBOGEN



IHRE ZAHNÄRZTE IN HOCHLAR

Unser Antrieb: Ihr Lächeln

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name Vorname			
Straße Nr.		PLZ Ort	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tel. Festnetz		Tel. mobil	
E-Mail		Beruf	
Krankenkasse / private Krankenversicherung			
gesetzlich versichert	☐ ja ☐ nein	Zusatzversicherung	☐ ja ☐ nein
privat versichert	☐ ja ☐ nein	beihilfeberechtigt	☐ ja ☐ nein
		Basistarif	☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name Vorname		Geburtsdatum	
Straße Nr.		PLZ Ort	

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name		Ort	
Tel.			

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls müssen wir Ihnen den Termin ggf. in Rechnung stellen. Vielen Dank dafür!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

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.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Bekannten empfohlen	☐ Telefon- Branchenbuch	☐ Zeitungsanzeige
☐ Überweisung von		
☐ Internet, über die Seite	☐ Sonstiges	

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ☐ ja ☐ nein

Sollen wir Sie per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnern? ☐ ja ☐ nein

Bitte wenden ►

GESUNDHEITSBOGEN



IHRE ZAHNÄRZTE IN HOCHLAR

Unser Antrieb: Ihr Lächeln

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- ☐ Routinekontrolle ☐ neuen Zahnersatz
☐ Beratung ☐ „zweite Meinung“
☐ Schmerzbehandlung ☐ andere Gründe:

Haben Sie akute Schmerzen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- ☐ Dauerschmerz
☐ Zähne reagieren auf süß / sauer
☐ Manche Zähne sind temperaturempfindlich
☐ Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
☐ Zähne schmerzen auch ohne Belastung
☐ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
☐ Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Kreislaufs ☐ ja ☐ nein
Leber ☐ ja ☐ nein
Nieren ☐ ja ☐ nein
Schilddrüse ☐ ja ☐ nein
Magen-Darm-Traktes ☐ ja ☐ nein
Gelenke (Rheuma) ☐ ja ☐ nein
Wirbelsäule ☐ ja ☐ nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ☐ ja ☐ nein
niedrigen Blutdruck ☐ ja ☐ nein
Diabetes ☐ ja ☐ nein
Zahnfleischbluten ☐ ja ☐ nein
Ohrensausen / Tinnitus ☐ ja ☐ nein
Osteoporose ☐ ja ☐ nein
Epilepsie ☐ ja ☐ nein
Grünen Star ☐ ja ☐ nein
Tuberkulose ☐ ja ☐ nein
HIV (AIDS) ☐ ja ☐ nein
Hepatitis ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welcher Typ? ☐ A ☐ B ☐ C
Allergien ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wogegen?

eine Gelenkprothese ☐ ja ☐ nein

(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)

Wenn ja, wo genau?

Sonstige Infektionen | Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- ☐ künstliche Herzklappe ☐ Bypass
☐ Herzschrittmacher ☐ Herzinfarkt
☐ Herzklappenentzündung ☐ Angina Pectoris
☐ ☐ Stents

Medikamente: Nehmen Sie ...

- ☐ Herzmedikamente ☐ Cortison (Kortikoide)
☐ Schmerzmittel ☐ Antidepressiva
☐ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
☐ andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein

Schnarchen Sie / leiden Sie unter Schlafapnoe? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Bitte sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher ab, andernfalls müssen wir Ihnen den Termin ggf. in Rechnung stellen.

Datum

Unterschrift