



**Herzlich Willkommen in unserer Praxis!**

**1**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Füllen Sie bitte deswegen diesen medizinischen Erhebungsbogen aus. Dies ist für eine adäquate Behandlung wichtig. Der Erhebungsbogen wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

<b>Patient:</b>	Name: _____	Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
-----------------	-------------	----------------	-------------------

<b>Versicherter:</b>	Name: _____	Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
----------------------	-------------	----------------	-------------------

<b>Anschrift:</b>	Straße: _____	Hausnummer: _____
	PLZ: _____	Ort: _____
		Mobil/Festnetz: _____

<b>Krankenversicherung/Kasse:</b>
-----------------------------------

Für privat versicherte Patienten:	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basisversichert
-----------------------------------	---	--

<b>Beruf:</b>
---------------

<b>Arbeitgeber:</b>	_____	_____
	Straße:	Hausnummer:
	PLZ: _____	Ort: _____
		Telefon: _____

<b>Was führt Sie zu uns?</b>
------------------------------

<b>Empfohlen durch:</b>
-------------------------

**Für Kassenpatienten:** Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem ersten Besuch im Quartal. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung noch nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges: _____		

<b>Wir bieten unseren Patienten ein intensives Prophylaxeprogramm (Vorsorge, Zahnpflege, Prof. Zahnreinigung, etc.)</b>		
Wünschen Sie hierzu nähere Informationen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<b>Wünschen Sie eine besondere Beratung über:</b>					
Kariesvermeidung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Parodontalbehandlung (Zahnfleisch)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Amalgamentfernung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kiefergelenkbehandlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Implantate	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Keramikfüllungen (Empress)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hochwertigen Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Prophylaxe (Prof. Zahnreinigung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges: _____					



## Medizinische Befunderhebung

2

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bluten Sie lange nach Verletzungen?  Ja  Nein  
Sind Sie künstl. Bluter (Marcumar, Eliquis, Xarelto)?  Ja  Nein

**Hatten Sie jemals:**

Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Penicillin-Überempfindlichkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schweres Rheuma, Bisphosphonattherapie (Denosumab, Prolia, Alendronsäure etc)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen des Herzens?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen der Leber?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (wie z.B. Hepatitis, TBC, AIDS)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelenkersatz, Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich verpflichte mich bei Veränderungen meines Gesundheitszustandes den behandelnden Zahnarzt vor einer weiteren Behandlung zu informieren.

**Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie auf folgendes hinweisen:**  
Bei zahnärztlichen Behandlungen gelangen häufig Betäubungsverfahren zu Anwendung. Bei der Durchführung der Lokal- und Leitungsanästhesie (örtliche Betäubung) kann es neben Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Medikament zu schicksalhaften Schädigungen der Nerven und Gefäße kommen. Diese Nervschädigungen führen in der Regel zu Sensibilitätsstörungen im Endausbreitungsgebiet der Nerven, die sich nach einiger Zeit meistens zurückbilden. Die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann unter dem Einfluss von Spritzen zu lokaler Betäubung, therapeutischen Spritzen sowie Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4 bis 6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein!

**Wir sind nach der Röntgenverordnung verpflichtet, Ihnen folgende Fragen zu stellen:**  
Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? \_\_\_\_\_  
**Zusatzfragen für weibliche Personen:**  
Besteht bei Ihnen z.Zt. eine Schwangerschaft?  Nein  Ja Welcher Monat? \_\_\_\_\_  
Ich verpflichte mich, vor späteren Röntgenaufnahmen den behandelnden Zahnarzt von einer eventuellen Schwangerschaft zu unterrichten.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der vor genannten Angaben mit.

Datum:

Unterschrift:



Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zahnmedizinisch von uns betreuen lassen.

Wir möchten die Behandlung möglichst schonend gestalten und bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen auszufüllen:

<b>Patient:</b>	Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
<b>Mitglied:</b>	Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
<b>Anschrift:</b>	Straße:		Hausnummer:
	PLZ:	Ort:	Mobil/Festnetz:
<b>Krankenversicherung:</b>			
<b>Empfohlen durch:</b>			

Ist dies der 1. Zahnarztbesuch Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind bei der letzten Behandlung gut mitgearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind unangenehme Erfahrungen im Zusammenhang mit Zahnbehandlungen / Arztbesuchen gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind Schmerzen ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weiß Ihr Kind, dass es Zahnschäden (Löcher, Karies) hat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verhält sich Ihr Kind bei anderen Ärzten ängstlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie glauben Sie wird Ihr Kind bei der Behandlung mitarbeiten?	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	
	<input type="checkbox"/> schlecht	
	<input type="checkbox"/> gut	
	<input type="checkbox"/> sehr gut	



Lutscht Ihr Kind (Finger, Daumen, Schnuller)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann hat es damit aufgehört?	<input type="text"/>	
Atmet Ihr Kind ständig durch den Mund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist der Mund immer leicht geöffnet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie der Meinung, dass Ihr Kind eine Zahnsperre/Klammer benötigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt bei Ihrem Kind eine allgemeine Erkrankung (z.B. Herzfehler, Zuckerkrankheit, Krampfleiden o.ä.) vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Erkrankung:	<input type="text"/>	
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Medikamente:	<input type="text"/>	

Kinder können Ihre Aufmerksamkeit nicht zwischen zwei Erwachsenen teilen. Es ist daher vorteilhaft, wenn während der Behandlung nur der Arzt mit dem Kind spricht und Sie nur still zuschauen. Erklären Sie Ihrem Kind auch, dass die Anwesenheit der Eltern während der Behandlung nur gestattet ist, wenn es gut mitarbeitet.

**Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass regelmäßige, halbjährliche Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind wichtig sind.**

**Vom 6.-18. Lebensjahr empfehlen wir für Ihr Kind die regelmäßige Teilnahme an den speziellen, prophylaktischen Maßnahmen (Putzschule, Versiegelung etc.) unserer Praxis.**

Datum

Unterschrift