



Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

### Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse Name \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  zusatzversichert

### Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_  
Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_  
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_  
Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?  nein  ja

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?  ja  nein

### Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Professionelle Zahnreinigung  Zahnersatz  Implantologie  Parodontitisbehandlung  
 individuelles Prophylaxeprogramm  Zahnästhetik  Amalgamsanierung  Wurzelbehandlung  
 Zahnfehlstellungsregulierung  Bleaching (Zahnaufhellung)  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  andere Quelle \_\_\_\_\_

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter [www.zahn-oldenburg.de](http://www.zahn-oldenburg.de)?  nein  ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? \_\_\_\_\_  
Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? \_\_\_\_\_

### Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

überempfindliche Zähne  Zähneknirschen  Zahnschmerzen  Zahnfleischbluten  
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken  Zahnverfärbungen  Mundgeruch  Zahnlockerungen  
 häufige Kopfschmerzen / Migräne  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Wechselwirkungen von Medikamenten/ akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? \_\_\_\_\_  
Nehmen/ Nahmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)?  nein  ja

bitte wenden >>

## Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  nein  ja Haben Sie Asthma?  nein  ja

## Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)  nein  ja Herzklappenersatz/Herzfehler  nein  ja  
Unregelmäßiger Herzschlag  nein  ja Hoher Blutdruck  nein  ja  
Herzasthma, Angina Pectoris  nein  ja Niedriger Blutdruck  nein  ja  
Herzschrittmacher  nein  ja Herzinfarkt  nein  ja  
Sonstiges \_\_\_\_\_

## Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung  nein  ja Schilddrüsenerkrankung  nein  ja  
Zuckerkrankheit (Diabetes)  nein  ja Sonstiges \_\_\_\_\_

## Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/...)  nein  ja Tuberkulose  nein  ja  
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?  nein  ja  
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?  nein  ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

## Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)  nein  ja Blutarmut (Anämie)  nein  ja  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

## Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle  nein  ja Krämpfe  nein  ja  
Psychosomatische Erkrankungen  nein  ja Ohnmachtsanfälle  nein  ja  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  nein  ja Sonstiges? \_\_\_\_\_

## Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt  nein  ja

## Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie  nein  ja

## Drogen

Drogenabhängigkeit  nein  ja  
Nikotinabhängigkeit  nein  ja

## Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht)  nein  ja  
Sonstige Ess-Störungen \_\_\_\_\_

## Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere  nein  ja

## Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat \_\_\_\_\_

Alkoholabhängigkeit  nein  ja

## Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  nein  ja

## Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?  nein  ja

Hausarzt / Heilpraktiker \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

