



Liebe Patientinnen, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Wir bitten Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Geburtsort _____

PLZ / Ort _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Versicherung _____

Zusatzversicherung o ja o nein beihilfeberechtigt o ja o nein

Basistarif o ja o nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Tel. _____

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund- Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen, wie kleine Hämatome, eine vorübergehende Nervenbeeinträchtigung oder eine herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.



Warum besuchen Sie uns?

- Routinekontrolle
 Schmerzbehandlung
 Zweitmeinung

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

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens / Kreislauf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrensausen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grüner Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | _____ | |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wogegen? | _____ | |

Sonstige Infektionen oder Erkrankungen?

Zu Ihrem Herzen: Haben o. hatten Sie ...

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Stents |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Bypass |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | |
| <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe | |

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
 Bisphosphonate
 Blutverdünner, z.B. Macumar®, ASS
 Kortison
 Antidepressiva
 andere Medikamente _____

Haben Sie Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen?

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss ...

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Recall

Möchten Sie den nächsten Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja: Email SMS

Datum

Unterschrift