



Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon mobil	Telefon Arbeit	Telefon Festnetz
Beruf	Arbeitgeber	E-Mail
Hausarzt	Besteht ein Pflegegrad?	☐ Ja, Stufe ____ ☐ Nein

Versicherung

☐ Gesetzlich versichert ☐ Zahn-Zusatzversicherung ☐ Privat versichert ☐ Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	

Mundgesundheitsituation

Haben Sie Beschwerden, wie ... ?

- ☐ Zahnschmerzen / Zahnfleischbluten
- ☐ Mundgeruch / schlechter Geschmack
- ☐ Geräusche / Schmerzen im Kiefergelenk
- ☐ Kopf-, Nacken und Schulterschmerzen
- ☐ Dauermüdigkeit / Schnarchen

Wünschen Sie gezielte Beratung über ... ?

- ☐ Bleaching (Zahnaufhellung) / DentCoat
- ☐ Zahnersatzlösungen / Implantate
- ☐ Schöneres Lächeln - Zahnstellungskorrekturen
- ☐ Sonstiges: _____

Terminerinnerungen

Als besonderen Service bieten wir telefonische Terminerinnerungen ab einer reservierten Zeit von 45 Minuten.

- ☐ Ja, ich möchte den Recall-Service der Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Vorsorge-Termin zur Untersuchung und/oder Prophylaxe-Behandlung.

Bitte wenden →



Allgemeine Krankengeschichte

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

Ja Nein

- ☐ ☐ Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?
z.B. Hepatitis B/C, TBC, HIV, MRSA
Wenn ja, welche? _____
- ☐ ☐ Herz-Kreislaufkrankungen / Herzpass *
- ☐ ☐ Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Schlaganfall
- ☐ ☐ Bypass / Stent / Herzschrittmacher
- ☐ ☐ Antibiose für zahnärztliche Eingriffe angeordnet?
- Blutdruck** ☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch
- ☐ ☐ Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)
- ☐ ☐ Gefäßerkrankungen (z.B. Thrombosen)
- ☐ ☐ Hauterkrankungen
- ☐ ☐ Augenerkrankungen (z.B. grauer Star, Glaukom)
- ☐ ☐ Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)
- ☐ ☐ Atemwegserkrankungen (z.B. Kieferhöhle, Nase)
- ☐ ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
- HbA1c Wert: _____

Ja Nein

- ☐ ☐ Magen-Darm-Erkrankungen
- ☐ ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ ☐ Rheuma, rheumatisches Fieber, Arthrose
- ☐ ☐ Implantate (z.B. Hüfte, Kiefer, Herzklappe)
Wenn ja, wann? _____
- ☐ ☐ Allergien (Pass)* (z.B. Metall, Latex, Medikamente)
Wenn ja, welche? _____
- ☐ ☐ Tumorerkrankungen? Wann? _____
- ☐ ☐ Osteoporose (Knochenschwund)
- ☐ ☐ Einnahme von Bisphosphonaten? Wann? _____
- ☐ ☐ Chemotherapie / Strahlentherapie
- ☐ ☐ Rauchen Sie? (wie viele pro Tag: _____)
- ☐ ☐ Sind Sie Alkoholiker / trockener Alkoholiker?
- ☐ ☐ Cannabis / Marihuana?
- ☐ ☐ Drogenkonsum?
- ☐ ☐ Röntgen: im letzten Jahr im_Kopf-Bereich?
- Schwangerschaft - Woche _____

Medikamenteneinnahme:

(bitte alle Medikamente angeben, auch solche, die Sie als Injektionen bekommen!)

* Bitte überlassen Sie uns Ihren Medikamentenplan/Herzpass/Allergiepass in Kopie zur Ergänzung Ihrer Gesundheitsdaten.

Anästhesieaufklärung

Bei einer örtlichen Betäubung (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie) können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe und Nervenschäden (auch dauerhaft). Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes oder einen Versicherungswechsel unaufgefordert mitzuteilen.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder **mindestens 48 Stunden vorher kostenfrei abzusagen**, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden (**Ausfallhonorar** gem §615 und §280 Abs. 1 BGB).

Ich habe die ausliegende Information zur neuen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verstanden und zur Kenntnis genommen.

Ich willige hiermit ein, dass mein behandelnder Zahnarzt die Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit den Kollegen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft austauschen darf, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist. Dies umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

