



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		
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)
- 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 Nachsorge-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)  
Gefäßkrankungen (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  
Einnahme von Bisphosphonaten? Wann? \_\_\_\_\_

Chemotherapie / Strahlentherapie  
Rauchen Sie? (wie viele pro Tag: \_\_\_\_\_ )  
Sind Sie trockener Alkoholiker?  
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 24 Stunden vorher 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)

