



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sie erklären sich mit der Weitergabe der zu Ihrer (weiteren) Behandlung notwendigen Röntgenbilder an andere Zahnärzte oder Ärzte einverstanden. Zu diesem Zweck entbinden Sie die Praxis Dr. Ulrich Saerbeck M.Sc., M.Sc. von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Persönliches

Name / Vorname

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Beruf

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert

ja

nein

Zusatzversicherung

ja

nein

privat versichert

ja

nein

beihilfeberechtigt

ja

nein

Basistarif

ja

nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Wer war Ihr vorheriger Zahnarzt?

Name / Ort

Wie lange waren Sie Patient?

(Monate / Jahre)

Wer hat Sie gegebenenfalls überwiesen?

Name

Ort

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Wann sind Sie zuletzt geröntgt worden?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Ort

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch:

Telefon- / Branchenbuch

Zeitungsanzeige

im Vorbeigehen / Praxisschilder

Suchmaschine (z. B. Google)

Sonstiges:

Erinnerungsservice (Recall)

Ja, ich möchte an meine Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden per Anruf E-Mail Post

(Diese Angabe ist freiwillig und ich kann diese Art der Kontaktaufnahme jederzeit widerrufen.).



Allgemeiner Gesundheitszustand

Haben oder hatten Sie eine Herzerkrankung oder zu hohen Blutdruck? ja nein

Sind Sie zuckerkrank? Leiden Sie an Diabetes? ja nein

Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal eine Gelbsucht? ja nein

Leiden Sie an einer Bluterkrankung oder einer Blutgerinnungsstörung? ja nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, an welchen? ja nein

Haben Sie Asthma oder eine andere Lungenerkrankung? ja nein

Haben Sie Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen? ja nein

Haben Sie ein Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)? ja nein

Wurde bei Ihnen HIV festgestellt? ja nein

Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen? ja nein

Leiden Sie an Osteoporose? ja nein

Bestehen z. Zt. Sonstige Erkrankungen oder Infektionen? Wenn ja, welche? ja nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Rauchen Sie? ja nein

Wie bewerten Sie den Zustand Ihres Mundes?

ausgezeichnet mittelmäßig schlecht

In welchem Abstand gehen Sie zum Zahnarzt?

3 Monate 6 Monate nicht regelmäßig
 4 Monate 12 Monate

Was ist Ihr unmittelbares Anliegen?

Persönliche Vorgeschichte

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Behandlungen? ja nein

Wenn ja, wie schätzen Sie Ihre Angst auf einer Skala von 1 = gering bis 10 = sehr stark ein?

Hatten Sie schon einmal Probleme mit der Betäubung oder Nebenwirkungen durch ein örtliches Betäubungsmittel? ja nein

Hatten Sie schon einmal eine Zahnsperre, eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Bisseinstellung? ja nein

Wurden Ihnen schon einmal Zähne gezogen? ja nein

Zahnfleisch und Knochen

Haben Sie Zahnfleischbluten oder Schmerzen beim Reinigen mit Zahnbürste oder Zahnseide? ja nein

Wurden Sie schon einmal aufgrund einer Zahnfleischerkrankung behandelt oder wurde Ihnen gesagt, dass Sie Knochenschwund an den Zähnen haben? ja nein

Ist bei Ihnen schon einmal ein Zahnfleischrückgang aufgetreten? ja nein

Haben sich bei Ihnen in der Vergangenheit Zähne (ohne eine Verletzung) gelockert oder haben Sie Schwierigkeiten, einen Apfel zu essen? ja nein

Zahnstruktur

Hatten Sie in den vergangenen 3 Jahren Karies? ja nein

Denken Sie, dass Sie zu wenig Speichel im Mund haben oder haben Sie Schluckprobleme beim Essen? ja nein

Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf heiße, kalte oder süße Speisen? ja nein

Ist bei Ihnen schon einmal ein Zahn abgebrochen oder beschädigt worden? ja nein

Bleiben bei Ihnen regelmäßig Speisereste zwischen den Zähnen zurück? ja nein



Biss und Kiefergelenk

Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, eingeschränkte Öffnung, Kieferklemme, Knacken) ja nein

Haben sich Ihre Zähne in den vergangenen 5 Jahren verändert? Sind sie kürzer oder dünner geworden oder sind sie abgenutzt? ja nein

Haben Sie verschiedene Bissstellungen? Drücken oder bewegen Sie den Kiefer, damit die Zahnreihen übereinander passen? ja nein

Knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie Schlafprobleme, wachen Sie mit Kopfschmerzen oder Zahnproblemen auf? ja nein

Aussehen

Gibt es etwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern würden? ja nein

Sind Ihre Zähne schon einmal aufgehell (gebleicht) worden? ja nein

Haben Sie sich schon einmal wegen des Aussehens Ihrer Zähne geschämt? ja nein

Sind Sie mit früheren Zahnbehandlungen unzufrieden? Wenn ja, warum? ja nein

Datum

Unterschrift des Patienten

Teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Kontaktdaten bitte unaufgefordert mit.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend darüber informiert.

Beachten Sie bitte, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Die Datenschutzerklärung können Sie im Empfangsbereich unserer Praxis einsehen.