



**Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst gewissenhaft aus, damit wir Sie optimal behandeln können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.**

Name / Vorname:	<input type="text"/>	gesetzlich vers. bei:	<input type="text"/>
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	privat vers. bei:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	private Zusatzversicherung:	<input type="text"/>
Versicherter (z.B. bei Kindern):	<input type="text"/>	Sind wir Ihnen empfohlen worden? Durch wen?	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Wie sind Sie sonst auf uns aufmerksam geworden?	<input type="text"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat / dienstlich:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e-mail:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Was führt Sie zu uns?

- eine Routinekontrolle
- eine Amalgamsanierung
- ich habe Schmerzen
- eine gründliche Untersuchung
- eine Beratung, wegen: \_\_\_\_\_
- ein besonderes Problem: \_\_\_\_\_
- eine Sanierung

## Zahnärztliche Anamnese

- Wurden in letzter Zeit Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht?  ja  nein
- Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein
- Wenn Sie bereits Zahnersatz haben, seit wann ist dieser eingegliedert? Jahr: \_\_\_\_\_
- Möchten Sie Ihre Zähne regelmäßig kontrollieren und reinigen lassen?  ja  nein
- Sind Sie in ärztlicher Behandlung?  ja  nein
- Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein
- Welche? \_\_\_\_\_

## Allgemeinärztliche Anamnese

leiden oder litten Sie unter

- Herzerkrankung
- Lebererkrankung / Hepatitis
- Tuberkulose
- Epilepsie
- Schlaganfall
- Kreislaufbeschwerden
- HIV-Infektion
- Magenerkrankung
- Asthma
- Chronische Atemwegsbeschwerden
- Herzinfarkt
- Nierenerkrankung
- Rheuma
- Diabetes
- Blutgerinnungsstörung

Allergien / Unverträglichkeiten auf:

### Sonstige wichtige Angaben:

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
- Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  ja  nein
- Blutdruck:  niedrig  normal  hoch ggf. Werte: \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  ja  nein
- Besteht eine Schwangerschaft?  ja (Woche: \_\_\_\_\_)  nein  ungewiss

### Spezielle Angaben

- Haben Sie einen ästhetischen / zahnkosmetischen Wunsch?  ja  nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein
- Haben Sie gelegentlich oder häufig Zahnfleischbluten?  ja  nein
- Benutzen Sie Zahnseide oder andere spezielle Hilfsmittel zur Zahnpflege?  ja  nein
- Hatten Sie schon einmal eine Parodontalbehandlung?  ja  nein
- Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung machen lassen?  ja  nein
- Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen oder Kauen?  ja  nein
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein
- Haben Sie gelegentlich Nackenverspannungen / Kopfschmerzen?  ja  nein
- Haben Sie gelegentlich Ohrenscherzen oder Tinnitus?  ja  nein
- Haben Sie oft Stress?  ja  nein
- Sind Sie in orthopädischer oder physiotherapeutischer Behandlung?  ja  nein
- Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich?  ja  nein
- Sind Ihre Zähne aufbissempfindlich?  ja  nein

**Bitte teilen Sie der Praxis künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.**

**Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung noch 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.**

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die anderorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die vorhergesehene Zeit anderweitig verplanen können. Bei Präparationsarbeiten im Zusammenhang mit Kronen, CEREC-Behandlungen oder auch Implantationen bitten wir sogar um eventuelle Absage spätestens 5 Arbeitstage im Voraus.

**Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorhergesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden - es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der obigen Vereinbarung und der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.**

Hemmingen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_