

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

### PATIENTENDATEN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit \_\_\_\_\_

Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### VERSICHERTENDATEN (sofern abweichend)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### ZAHNARZT VORGESCHICHTE

In welcher Praxis wurden Sie zuvor behandelt?

Zahnarzt \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Gesetzlich versichert  
Freiwillig gesetzlich versichert  
Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung  
Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Privat versichert  
Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Basistarif der PKV  
Beihilfe berechtigt

### FÜR PRIVAT- UND ZUSATZVERSICHERTE

Haben Sie eine Selbstbeteiligung? Wenn ja, wie hoch?

ja \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie ein max. Erstattungsbudget pro Jahr?  
Wenn ja, wie hoch?

ja \_\_\_\_\_ nein

Bitte genau erläutern, damit wir dies bei einer  
bevorstehenden Behandlung berücksichtigen können.

### WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Google      jameda      Zeitung

Sonstiges \_\_\_\_\_

Versicherung/Krankenkasse

Empfehlung (bitte Namen angeben)

**Aus medizinischer Sicht sind zwei Kontrolluntersuchungen  
der Zähne pro Jahr sinnvoll.**

WIE MÖCHTEN SIE GERNE AN IHRE TERMINE UND  
KONTROLLUNTERSUCHUNGEN ERINNERT WERDEN?

Telefon      SMS      Post      gar nicht

Liebe Patienten,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses.

Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift auf der letzten Seite. Vielen Dank!

## ANGABEN ZUR MUNDGESUNDHEITSSITUATION

---

Was führt Sie zu uns?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, welche, wo genau und seit wann?

ja  nein

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch?

Gab es schon einmal eine außergewöhnliche Reaktion nach einer Betäubung? Wenn ja, welche?

ja  nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme (z. B. Zahnfleischbluten, Zahnfleischrückgang etc.)? \_\_\_\_\_

ja  nein

Beobachten Sie Zahnlockerungen und/oder Überempfindlichkeiten? \_\_\_\_\_

ja  nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine "Professionelle Zahnreinigung" durchgeführt? \_\_\_\_\_

ja  nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontosebehandlung durchgeführt? Wann? \_\_\_\_\_

ja  nein

Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung und/oder beim Kauen?

ja  nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? \_\_\_\_\_

ja  nein

Haben / Hatten Sie schon einmal eine Knirscherschiene? Wenn ja, in welchem Jahr? \_\_\_\_\_

ja  nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und/oder Form Ihrer Zähne unzufrieden? \_\_\_\_\_

ja  nein

Was hätten Sie gerne an Ihren Zähne verändert?

\_\_\_\_\_

## HABEN SIE SPEZIELLE WÜNSCHE AN UNS?

---

Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)

Vollkeramik-Kronen & Brücken / Veneers

Zahnfleischbehandlung (Parodontose)

Zahnaufhellung/Bleaching

Zahnersatz

Amalgamsanierung und Alternativen

Implantate

Zahnfarbene Kunststofffüllungen

Feste Zähne statt Totalprothese

Laser-Behandlung

Keramikinlays

„The Wand“ (Der Zauberstab)  
Die schmerzfreie Betäubung

BETRACHTEN SIE SICH ALS ANGSTPATIENT?

ja  nein

Bitte teilen Sie uns dies auf jeden Fall mit. Denn wir nehmen Sie ernst und möchten alles tun, was in unserer Macht steht, damit Sie irgendwann sagen können: „Jetzt bin ich kein Angstpatient mehr und komme gerne in die Praxis!“ Um dies zu erreichen, sind wir sehr darauf angewiesen, dass Sie uns mitteilen, wie für Sie die optimale Behandlung aussehen würde. Bitte schreiben Sie hier lieber zu viel als zu wenig bei der Frage: „Was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?“ Vielen Dank.

---

## ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSSITUATION

---

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem Arzt?

Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Facharzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Um welche Erkrankung handelt es sich? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zu sich? Wenn ja, welche?

(falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihre **Medikamentenliste** mit)

ja  nein

---

Spezielle Medikamente:

Anti-Depressiva  Blutverdünnende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin etc.)  Bisphosphonate

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?

ja  nein

---

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? (falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergiepass** mit)

ja  nein

---

Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Wenn ja, welche?

(falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Herzpass** mit)

ja  nein

---

Endocarditis  Herzklappenersatz  Herz-Operationen  
 Herz-Schrittmacher  Herzinfarkt

Hoher Blutdruck (Werte) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Niedriger Blutdruck (Werte) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSSITUATION

- Lebererkrankungen \_\_\_\_\_ ja  nein
- Diabetes (Zucker) Wenn ja, welcher Typ?  Typ 1  Typ 2 \_\_\_\_\_ ja  nein
- Magen-Darmerkrankungen \_\_\_\_\_ ja  nein
- Schilddrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_ ja  nein
- Psychische Erkrankungen \_\_\_\_\_ ja  nein
- Epilepsie \_\_\_\_\_ ja  nein
- Infektiöse Erkrankungen (z. B. Tuberkulose, HIV/Aids, Hepatits A, B, C) \_\_\_\_\_ ja  nein
- Grüner Star / Glaukom \_\_\_\_\_ ja  nein
- Tumorerkrankung \_\_\_\_\_ ja  nein
- Asthma / Atemnot \_\_\_\_\_ ja  nein
- Kopf- und Nackenschmerzen \_\_\_\_\_ ja  nein
- Sonstige andere Erkrankungen? \_\_\_\_\_ ja  nein

## SONSTIGES

- Haben Sie ein Bonusheft? Wenn ja, bitte mitbringen. \_\_\_\_\_ ja  nein
- Möchten Sie, dass wir Ihnen ein Bonusheft ausstellen? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Benötigen Sie einen Röntgenpass? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Gibt es Röntgenbilder, die unter 2 Jahre alt sind? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Falls ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_ ja  nein

### ANÄSTHESIE-AUFKLÄRUNG

Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer örtlichen Betäubung der vom Zahn oder vom Operationsgebiet wegführenden Nerven (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie). Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Daten und Ihres Gesundheitszustandes sehr zeitnah mit.

Wir sind eine Bestellpraxis, um Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu ermöglichen. Für fest reservierte Termine, die ohne Absage (24 Stunden vorher) nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr zu berechnen.

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten inklusive Röntgenbilder und Fotografien bei Bedarf an medizinische Kollegen weitergeleitet werden dürfen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_