



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Sie Ihren Wünschen entsprechend sicher beraten und behandeln können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Krankenkasse Name \_\_\_\_\_**

- Gesetzliche Krankenkasse       Private Krankenkasse       vollversichert  
 zusatzversichert       Standardtarif (1,7fach)       Anspruch auf Beihilfe

**Ihre Wünsche sind uns wichtig ...**

Persönliche Erwartungen/Individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung \_\_\_\_\_  
Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_  
Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_  
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_  
Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?       nein       ja

**Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:**

- Professionelle Zahnreinigung       Zahnersatz       Implantologie       Parodontitisbehandlung  
 individuelles Prophylaxeprogramm       Zahnästhetik       Amalgamsanierung       Wurzelbehandlung  
 Zahnfehlstellungsregulierung       Mundhygieneartikel       Bleaching (Zahnaufhellung)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Internet       auf Empfehlung von \_\_\_\_\_       andere Quelle

**Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter [www.zahnarztpraxis-hamburg-niendorf.de](http://www.zahnarztpraxis-hamburg-niendorf.de)?**       nein       ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? \_\_\_\_\_  
Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? \_\_\_\_\_

**Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?**

- überempfindliche Zähne       Zähneknirschen       Zahnschmerzen       Zahnfleischbluten  
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken       Zahnverfärbungen       Mundgeruch  
 Zahnlockerungen       häufige Kopfschmerzen/Migräne       Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wechselwirkungen von Medikamenten/akute Erkrankungen**

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? \_\_\_\_\_  
Nehmen/Nahmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)?       nein       ja

bitte wenden >>

## Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass?  nein  ja

## Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)  nein  ja Herzklappenersatz/Herzfehler  nein  ja

Unregelmäßiger Herzschlag  nein  ja Hoher Blutdruck  nein  ja

Herzasthma, Angina Pectoris  nein  ja Niedriger Blutdruck  nein  ja

Herzschrittmacher  nein  ja Herzinfarkt  nein  ja

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung  nein  ja Schilddrüsenerkrankung  nein  ja

Zuckerkrankheit (Diabetes)  nein  ja Sonstiges \_\_\_\_\_

## Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/...)  nein  ja Tuberkulose  nein  ja

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?  nein  ja

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?  nein  ja

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

## Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)  nein  ja Blutarmut (Anämie)  nein  ja

Sonstiges? \_\_\_\_\_

## Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle  nein  ja Krämpfe  nein  ja

Psychosomatische Erkrankungen  nein  ja Ohnmachtsanfälle  nein  ja

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  nein  ja Sonstiges? \_\_\_\_\_

## Magen-/ Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt  nein  ja

## Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie  nein  ja

## Drogen

Drogenabhängigkeit  nein  ja Alkoholabhängigkeit  nein  ja

Nikotinabhängigkeit  nein  ja

## Lungenerkrankung

Asthma  nein  ja

Sonstige \_\_\_\_\_

## Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-  
Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  nein  ja

## Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom/Grüner Star?  nein  ja **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?**  nein  ja

## Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung?  nein  ja

Hausarzt/Heilpraktiker \_\_\_\_\_ Facharzt \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_