



## Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir mit Ihrer Behandlung beginnen, benötigen wir Ihre persönlichen Daten und einige Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Informationen sind wichtig, um eventuellen Komplikationen und Risiken bei der Behandlung vorzubeugen. Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen vor der Behandlung ab. Alle Angaben, die Sie machen, unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Tel. Büro: \_\_\_\_\_

Tel. mobil: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

KV: \_\_\_\_\_

Pflichtversichert       Zusatzversichert

Freiwillig versichert       Privat versichert

Standard versichert  
(gemäß § 25 / Abs. 2a SGB V.)

### Versicherter:

(ausfüllen, wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Tel. Büro: \_\_\_\_\_

Tel. mobil: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

KV: \_\_\_\_\_

Pflichtversichert       Zusatzversichert

Freiwillig versichert       Privat versichert

Standard versichert  
(gemäß § 25 / Abs. 2a SGB V.)

### Wer soll die Rechnung erhalten

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

### Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

Kiefergelenkschmerzen

Implantate

Professionelle Zahnreinigung

Bleaching / Zahnaufhellung

Amalgamaustausch und Alternativen

Kinderprophylaxe

Zahnersatz

Gold- oder Keramikinlays

Beratung wegen: \_\_\_\_\_

Ästhetik / Vollkeramik



### Was wir vor der Behandlung wissen müssen

- Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden (z. B. Farbe, Stellung, Füllungen)?
- Haben Sie gelegentlich oder häufig  Zahnfleischbluten?  Mundgeruch?
- Hatten Sie schon eine Parodontosebehandlung? Wann? \_\_\_\_\_
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht?  Besitzen Sie einen Röntgenpass?
- Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung (PZR) machen lassen?
- Haben Sie vor, Ihre Zähne regelmäßig professionell reinigen zu lassen?
- Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen?  Beim Gähnen?  Beim Kauen?
- Sind einzelne Zähne besonders  temperaturempfindlich?  aufbissemempfindlich?
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?  Haben Sie oft Stress?
- Hatten Sie Komplikationen nach Betäubungsspritzen bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?
- Haben Sie gelegentlich  Kopfschmerzen?  Ohrenscherzen?  Ohrensausen / Tinnitus?
- Sind Sie in orthopädischer oder physiotherapeutischer Behandlung?
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Name des Hausarztes \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel z. B. Aspirin / Marcumar?
- Nehmen Sie Amphetamine (Drogen)?
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Haben Sie  hohen Blutdruck?  niedrigen Blutdruck?
- Für Frauen:  Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie an

- Herzerkrankung  Kreislaufbeschwerden  Diabetes
- Lebererkrankung / Hepatitis  Autoimmunkrankheit / HIV  Nierenerkrankung
- Tuberkulose  Asthma  Magenerkrankung
- Allergien  Epilepsie  Chronischen Atemwegsbeschwerden
- Schlaganfall  Blutgerinnungsstörung

- Möchten Sie, dass wir Sie benachrichtigen, wenn die nächste Kontrolluntersuchung fällig ist?

Wichtige Hinweise: Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4 bis 6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Wir bedanken uns für Ihre Kooperation und bitten Sie, uns über wichtige Veränderungen Ihres Gesundheitszustands sofort zu informieren.**