



**Schön, dass Sie sich für uns entschieden haben.**

Damit wir alles für Sie tun können, benötigen wir ein paar Angaben. Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns.

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_

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

Versicherung: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Beruf: \_\_\_\_\_

Letzte Zahnbehandlung:

bei: \_\_\_\_\_

sind dort Röntgenbilder angefertigt worden  ja  nein

Letzte Professionelle Zahnreinigung am: \_\_\_\_\_

Sind Sie prinzipiell an **Informationen zur Zahnerhaltung, Prophylaxe** interessiert?  ja  nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam / wer hat uns empfohlen: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift  
des Hausarztes: \_\_\_\_\_

	ja	nein
1. Haben Sie ANGST vor dem Zahnarztbesuch ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wurden Sie im letzten Jahr durch einen Arzt untersucht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

3. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

4. Nehmen sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

5. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

6. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Infektionskrankheiten ( Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündlicher Rheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirnschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie ( Gefäßkrankungen )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Haben Sie jemals eine unangenehme Reaktion auf folgende Medikamente erlebt ?

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Aspirin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbiturate (Schlafmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel (Valium, Librium, Mogadan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Haben Sie einen Allergiepass

Wenn ja, auf welche Substanzen reagieren Sie allergisch

---

---

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
9. Haben Sie öfter schwere Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie Schwierigkeiten mit den Kieferhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bluten sie lange, wenn Sie sich schneiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Rauchen Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fallen Sie leicht in Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind sie mit der äußeren Erscheinung Ihrer Zähne unzufrieden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen bestimmter Nahrung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie eine unangenehme Reaktion auf eine zahnärztliche Betäubung erlebt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hatten Sie jemals einen Unfall mit Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wurden Sie je im Bereich des Mundes oder der Lippen operiert, z.B. um einen Tumor, eine Zyste oder irgendeine andere Erkrankung zu behandeln ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hatten Sie vor kurzem Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   | <b>ja</b>                             | <b>nein</b>                                 |                                     |
|---|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| 20. Haben Sie empfindliche Zähne oder Zahnhäse                              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                    |                                     |
| 21. Haben Sie öfter einen „schlechten Geschmack“ im Mund ?                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                    |                                     |
| 22. Haben Sie Zahnfleischbluten   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                    |                                     |
| 23. Leiden Sie öfter unter Aphthen (kleine Bläschen in der Mundschleimhaut) | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                    |                                     |
| 24. Haben Sie Schwierigkeiten mit der Mundöffnung                           | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                    |                                     |
| 25. Spüren Sie ein Knacken im Kiefergelenk, wenn Sie kauen                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                    |                                     |
| 26. Wurden Sie schon mal kieferorthopädisch behandelt                       | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                    |                                     |
| 27. Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                    |                                     |
| 28. Welche Art von Zahnbürste benutzen Sie ?                                |                                       |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> weich  | <input type="checkbox"/> mittel       | <input type="checkbox"/> hart               |                                     |
| <input type="checkbox"/> Nylonborsten                                       | <input type="checkbox"/> Naturborsten | <input type="checkbox"/> elektrisch         |                                     |
| 29. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne ? _____mal am Tag über _____ Minuten      |                                       |   |                                     |
| 30. Welche der folgenden Hilfsmittel benutzen Sie zusätzlich ?              |                                       |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Zahnseide  | <input type="checkbox"/> Zahnhölzer   | <input type="checkbox"/> Interdentalbürste  | <input type="checkbox"/> Stimulator |
| 31. Fluoridieren Sie Ihre Zähne   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                    |                                     |
| wenn ja, womit?   |                                       |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Tabletten  | <input type="checkbox"/> Gel          | <input type="checkbox"/> fluoridiertes Salz | <input type="checkbox"/> Zahnpasta  |

32. Welches ist Ihr Hauptanliegen:

---



---



---

Weil nur ständige Kontrolle Schäden verhindert, bieten wir Ihnen einen Terminerinnerungsservice (**Recall**) an; wenn Sie **regelmäßig** und **kostenlos** an Ihren Kontrolltermin **erinnert** werden möchten, kreuzen Sie hier:

- | <b><u>Nur Frauen:</u></b>                        | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 36. Sind Sie gegenwärtig schwanger               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Nehmen Sie orale Antikonzeptika (Pille ) ein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- Und Kieferbereich Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann!**

Sollten sich während der zukünftigen Behandlung Änderungen meiner Angaben zur medizinischen Anamnese ergeben, werde ich dies rechtzeitig mitteilen.

**Kenntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der gemachten Angaben zeichnet:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**⇒ Bitte beachten Sie auch die nachfolgende Seite!**



## Ein Wort zum Thema Röntgen :

Wir bieten Ihnen in unserer Praxis nur den allerneusten Wissensstand sowie die neusten Techniken; als Alternative zum herkömmlichen Röntgen verfügen wir über das computerunterstützte, **digitale Röntgen**.

## Die Verringerung der Strahlenbelastung beträgt bis zu 90 % ! ! !

Die Umwelt wird geschont, da keine giftigen Entwicklerlösungen mehr benötigt werden.

Die Zuzahlung für gesetzlich Versicherte (nach §6 Abs. 2. Gebührenordnung) beträgt für :

1 Aufnahme	€ 8,41
2 Aufnahmen	€ 16,83
3 Aufnahmen	€ 25,25
4 Aufnahmen	€ 33,67
5 Aufnahmen	€ 42,09
6 Aufnahmen	€ 50,50
7 Aufnahmen	€ 58,92
1 Großaufnahme beider Kiefer	€ 76,94

- Ich wünsche das strahlungsarme Röntgen ( Zuzahlung für digitale Technik )
- Ich wünsche Röntgenaufnahmen wie bisher ( Kassenleistung, keine Zuzahlung )

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten