



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
willkommen in unserer Praxis. Bitte umkreisen Sie die richtigen Antworten (Ja/Nein). Sie helfen  
uns damit kompetent zu beraten und zu behandeln. Vielen Dank!

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte zahnärztliche Behandlung: \_\_\_\_\_

Wann war das letzte zahnärztliche Röntgen: \_\_\_\_\_

Für neue Patienten: wenn Sie ein Bonusheft besitzen, legen Sie uns dieses bitte vor. ja/nein

Sind Sie augenblicklich in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_ ja/nein

Wenn ja, weswegen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente (Medikamentenliste)? \_\_\_\_\_ ja/nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals auf Medikamente oder Spritzen mit einem Ausschlag reagiert? \_\_\_\_\_ ja/nein

Welches Medikament? \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals bemerkt, dass Sie länger nachbluten? \_\_\_\_\_ ja/nein

Haben Sie Herz- oder Kreislaufstörungen? \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankungen der Atmungsorgane? \_\_\_\_\_ ja/nein

Rauchen Sie, wenn Ja wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_ ja/nein

Wie wichtig wäre Ihnen ein Rauchstopp zum jetzigen Zeitpunkt? Nicht wichtig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 wichtig

Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien? \_\_\_\_\_ ja/nein

Eine andere ernsthafte Erkrankung? \_\_\_\_\_ ja/nein

Leiden Sie an Diabetes Mellitus, wenn Ja, wie hoch ist ihr HbA1c? \_\_\_\_\_ ja/nein

Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung (z. B. wegen Depressionen) \_\_\_\_\_ ja/nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator \_\_\_\_\_ ja/nein

Haben Sie eine ansteckende Krankheit (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? \_\_\_\_\_ ja/nein

Haben Sie eine Creutzfeld-Jakob-Infektion \_\_\_\_\_ ja/nein

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen im Bereich der rechten, der linken  
oder in beiden Gesichtshälften? \_\_\_\_\_ ja/nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? \_\_\_\_\_ ja/nein

Schnarchen Sie oder leiden Sie an einer schlafbezogenen Atmungsstörung \_\_\_\_\_ ja/nein

Wenn ja, bitte am Empfang den OSA Fragebogen abholen und ausfüllen.

Besteht augenblicklich eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ ja/nein

Ist bei Ihnen eine Operation geplant? \_\_\_\_\_ ja/nein

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad oder beziehen Sie Eingliederungshilfe? \_\_\_\_\_ ja/nein

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