

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

**herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir Sie kompetent beraten und behandeln können, bitten
wir Sie das zutreffende Feld (Ja/Nein) anzukreuzen.**

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad oder beziehen Sie Eingliederungshilfe?

Ja/Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Ja/Nein

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ SMS Erinnerung gewünscht _____ Ja/Nein

Wer ist Ihr Hausarzt/Hausärztin: _____

Sind Sie augenblicklich in ärztlicher Behandlung? _____ Ja/Nein

Wenn ja, weswegen: _____

Nehmen Sie Medikamente? _____ Ja/Nein

Wenn ja, welche (Medikamentenliste) _____

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

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator_____ Ja/Nein

Haben Sie die ärztliche Empfehlung für eine Endokarditisprophylaxe? _____ Ja/Nein

Haben Sie hohen Blutdruck? _____ Ja/Nein

Erkrankungen der Atmungsorgane? _____ Ja/Nein

Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien? _____ 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

Schnarchen Sie oder leiden Sie an einer schlafbezogenen Atmungsstörung _____ Ja/Nein

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

Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung (z. B. wegen Depressionen) _____ Ja/Nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme, Zahnfleischbluten? _____ Ja/Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Parodontitisbehandlung? _____ Ja/Nein

Leiden Sie an Diabetes Mellitus, wenn Ja, wie hoch ist ihr HbA1c? _____ Ja/Nein

Haben Sie eine ansteckende Krankheit (Hepatitis,Tuberkulose, HIV, Creutzfeld-Jakob)? _____ Ja/Nein

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen im Bereich der rechten, der linken
oder in beiden Gesichtshälften? _____ Ja/Nein

Knirschen oder pressen Sie im Wachzustand oder im Schlaf mit den Zähnen? _____ Ja/Nein

Haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung? _____ Ja/Nein

Ist bei Ihnen eine Operation geplant? _____ Ja/Nein

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

Wann war das letzte zahnärztliche Röntgen: _____

Wann und bei wem war die letzte zahnärztliche Behandlung: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

**Verspätungen sind in unserer Praxis stets gut begründet. Wir bitten Sie im Sinne einer hohen
Behandlungsqualität von Beschwerden diesbezüglich abzusehen. Gespräche in dieser Sache sind
ausschließlich mit den Ärzten zu führen. Selbstverständlich bemühen wir uns, Sie über
Zeitverzögerungen zu informieren.
Vielen Dank für Ihr Verständnis.**