

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.