




## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patientenname**  \_\_\_\_\_

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung **ja**  **nein**

Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen **ja**  **nein**

Hoher Blutdruck **ja**  **nein**

Niedriger Blutdruck **ja**  **nein**

Ohnmachtsneigung **ja**  **nein**

Marcumar / Gerinnungshemmer **ja**  **nein**

Blutungsneigung / Bluterkrankung **ja**  **nein**

Rheuma **ja**  **nein**


Diabetes **ja**  **nein**

Schilddrüsenerkrankung **ja**  **nein**

Lebererkrankung **ja**  **nein**

Hepatitis **ja**  **nein**

Wenn ja, welche Art von Hepatitis?

 \_\_\_\_\_

Immunschwäche (HIV-positiv) **ja**  **nein**

Wenn ja, seit wann?

 \_\_\_\_\_

Magen- / Darmerkrankung **ja**  **nein**


Nierenerkrankung **ja**  **nein**

Lungenerkrankung / Asthma **ja**  **nein**

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen **ja**  **nein**


Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? **ja**  **nein**

Wenn ja, welche?

 \_\_\_\_\_

Allergien **ja**  **nein**

Wenn ja, welche?

 \_\_\_\_\_


Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

 \_\_\_\_\_


Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten

empfindlich? **ja**  **nein**

Wenn ja, bei welchen?

 \_\_\_\_\_



**Patientenname**  \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher? **ja**  **nein**

Für unsere weiblichen Patientinnen:

Sind Sie schwanger? **ja**  **nein**

Wenn ja, in welchem Monat?



Ihr aktueller Hausarzt/Ihre aktuelle Hausärztin:



### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung **ja**  **nein**

Zahnschmerzen **ja**  **nein**

Zahnfleischbluten **ja**  **nein**

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen **ja**  **nein**

Kiefergelenkbeschwerden **ja**  **nein**

Knirschen **ja**  **nein**

Mundgeruch **ja**  **nein**

Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? **ja**  **nein**

Sonstiges



### Sie sind uns wichtig!

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?



Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen **ja**  **nein**

Starke Schmerzempfindlichkeit **ja**  **nein**

Starker Würgereiz **ja**  **nein**

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?



Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?



### Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung **ja**  **nein**

Weißer Zähne (Bleaching) **ja**  **nein**

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln **ja**  **nein**

Zahnfarbene Keramikfüllungen **ja**  **nein**

Kieferorthopädische Behandlung **ja**  **nein**

Ernährungsfragen **ja**  **nein**

Implantate / Implantatversorgung **ja**  **nein**

Sonstiges



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