

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.**

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Dieser Fragebogen dient dazu, die notwendigen Maßnahmen an Ihren Gesundheitszustand anzupassen.

Um z.T. schwerwiegende Wechselwirkungen bei der Einnahme von gewissen Medikamenten oder bei Vorliegen von gewissen Erkrankungen zu vermeiden, ist eine vollständige Auskunft zwingend notwendig. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und verbleiben in Ihren Unterlagen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Behandlerin.

|   |                 |               |
|---|-----------------|---------------|
| Name:                                   | Vorname:        | Geburtsdatum: |
| Anschrift (Straße, PLZ/Ort):            |                 |               |
| Beruf                                   | Arbeitgeber:    | Versicherung: |
| Telefon privat:                         | Telefon gesch.: | E-Mail:       |
| Bei Familienmitglied, Hauptversicherter |                 | Geburtsdatum: |

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

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
| Name der Versicherung | <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse | <input type="checkbox"/> privat versichert    |
|                       | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt       | <input type="checkbox"/> Standard-/Basistarif |
|                       |   | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung   |

**Aus welchem Grund kommen Sie in unsere Praxis?  
Auf wessen Empfehlung?**

**Dürfen wir vom vorherigen Zahnarzt Röntgenbilder anfordern?** \_\_\_\_\_

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

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?**

**Herz- und Kreislauferkrankungen**

|                             |                               |   |                       |
|-----------------------------|-------------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzfehler/Herzrythmusstörungen         |                       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzinfarkt                             | - wann?               |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bluthochdruck / niedriger               | - welche Medikamente? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzmuskelentzündung                    |                       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzoperation / künstliche Herzklappen? | - wann?               |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzschrittmacher                       |                       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schlaganfall                            | - wann?               |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ohnmachtsneigung                        |                       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | andere Herzerkrankungen                 | - welche?             |

**Erkrankung des blutbildenden Systems**

|                             |                               |   |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Blutgerinnungsstörungen/Einnahme von Blutverdünnern                               |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Thromboseneigung  |

**Weitere Erkrankungen**

|                             |                               |  |                                   |
|-----------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Asthma   | - welches Asthmaspray nehmen Sie? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | chronische Bronchitis/Atemwegserkrankungen     |                                   |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Grauer Star/Linsentrübung                      |                                   |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Grüner Star/Glaukom                            |                                   |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | chronische Schmerzen (z.B Migräne, Neuralgien) |                                   |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Depression                                     | - welche Medikamente?             |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zuckerkrankheit/Diabetes                       | - wenn ja, wie eingestellt?       |

## Weitere Erkrankungen

|                             |                               |  |         |            |
|-----------------------------|-------------------------------|--|---------|------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankungen   |         |            |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Rheuma/Immunerkrankungen/entzündliche Gelenkerkrankungen   |         |            |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Nierenerkrankungen   |         |            |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Organtransplantationen   |         |            |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Nehmen Sie (im Moment oder Vergangenheit) Biosphosphonate ein?<br>(Knochentropf/Knochenstoffwechselmedikamente/Tabletten/Spritzen) |         |            |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | HIV bzw. Aids  |         |            |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Tuberkulose  |         |            |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hepatitis (Gelbsucht)  | welche? | seit wann? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hautkrankheiten  |         |            |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Tumorerkrankungen/Krebserkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)  |         |            |

## Sonstige medizinisch wichtigen Informationen

|                             |                               |   |                    |                      |
|-----------------------------|-------------------------------|---|--------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?<br>wenn ja, welche? _____                     |                    |                      |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Trinken Sie regelmäßig Alkohol?   |                    |                      |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Nehmen Sie regelmäßig Drogen zu sich?   | welche?            |                      |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Rauchen Sie?  | wieviel?           |                      |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Allergien/Medikamentenallergie  | Wenn ja, welche?   |                      |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Besitzen Sie einen Allergiepass?  |                    |                      |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?<br>Wenn ja, welche? _____ |                    |                      |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Sind Sie zur Zeit schwanger/stillten Sie?   | Entbindungstermin? |                      |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | epileptische Anfälle  | wie oft?           | wann letzter Anfall? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?  |                    |                      |

## Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Bitte führen Sie alle Medikamente auf!

---



---

## Wer ist ihr behandelnder Hausarzt/Internist/Onkologe?

Arzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

- Zu meiner eigenen Sicherheit werde ich alle Änderungen zu meinen persönlichen und medizinischen Angaben während der Zeitdauer der Behandlung meiner Zahnarztpraxis mitteilen. Wir führen eine Bestellpraxis und reservieren Behandlungszeit exklusiv für Sie. **Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte mindestens einen Tag vorher.** Bitte beachten Sie, dass wir für versäumte Termine eine **Unkostenpauschale** in Rechnung stellen können. Vielen Dank.