



ZAHNGESUNDHEIT EIFEL
Dr. Wolter und Kollegen

Bei uns sind Sie in besten Händen

Wir wollen eine Praxis schaffen, in der sich jeder Patient aufgehoben und verstanden fühlt. Um Ihnen eine möglichst reibungslose und entspannte Behandlung zu ermöglichen benötigen wir einige Informationen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte.

Patienteninformationen

Name	E-Mail-Adresse
Vorname	Beruf
Geburtsdatum	Arbeitgeber
Adresse	
PLZ / Ort / Land	
Telefon Privat	Hausarzt
Telefon Mobil	Krankenkasse
Telefon Geschäftlich	Zusatzversicherung

Empfohlen durch: _____
Überweisung durch: _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

Ja Nein

- Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?
- Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung oder Operation? Wenn ja, welche?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
- Nehmen Sie oder haben Sie einmal Bisphosphonate (z.B. wegen Osteoporose, Tumorerkrankung) eingenommen?
- Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht? Wenn ja, wie viel?
- Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?
- Bluten Sie lange bei Verletzungen?
- Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen, bzw. haben Sie eine durchgemacht?

- | | | |
|---|-------------------------------|--|
| Allergien | Haben Sie einen Allergiepass? | Atemwegs- und Lungenerkrankungen |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzfehler | | Epilepsie |
| Herzschrittmacher | | Osteoporose |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | | Rheumatische Erkrankungen |
| Leber- und Nierenerkrankungen | | Infektionskrankheiten (Gelbsucht, Hepatitis, HIV, Tuberkulose) |
| Magen- und Darmerkrankungen | | Nicht aufgeführte Erkrankung: _____ |

Möchten Sie von uns kostenlos an die anstehende Kontrolluntersuchung und Termine erinnert werden?

- Ja, bitte informieren Sie mich zukünftig über E-Mail SMS (nur mit Mobiltelefon)
- Nein, ich bin nicht interessiert.

Patientenerklärung

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich umgehend mitteilen. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich erteile mein Einverständnis die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Fotos und Röntgenbilder dürfen für Vorträge und Publikationen verwendet werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____



Zahnmedizinische Vorgeschichte

Name	Geburtsdatum	Datum		
Wie würden Sie den Zustand Ihres Mundes einschätzen?	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht
Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung?				
Datum der letzten Röntgenbilder?				
Haben Sie bisher eine professionelle Zahnreinigung erhalten?	Ja	Nein		
Ich besuche meinen Zahnarzt alle:	3 Monate	6 Monate	12 Monate	Nicht regelmäßig

Persönliche Vorgeschichte

Ja Nein

- Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? Skala von 1 bis 10 (sehr)
- Hatten Sie eine negative Erfahrung beim Zahnarzt?
- Hatten Sie in der Vergangenheit jemals Probleme nach einer zahnärztlichen Behandlung?
- Hatten Sie jemals eine Zahnspange, eine kieferorthopädische Behandlung oder wurde ihr Biss korrigiert?
- Wurden Ihnen irgendwelche Zähne entfernt?

Zahnfleisch

Ja Nein

- Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder wenn Sie Zahnseide benutzen?
- Wurden Sie jemals wegen Parodontitis behandelt oder hat man mit Ihnen je über Knochenschwund an den Zähnen gesprochen?
- Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt?
- Gibt es in Ihrer Familie Personen mit einer Vorgeschichte von Parodontitis?
- Ist bei Ihnen jemals das Zahnfleisch zurück gegangen?
- Haben sich Zähne je von selbst gelockert, ohne dass Sie eine Verletzung hatten oder haben Sie Probleme, wenn Sie in einen Apfel beißen?
- Haben sich zwischen einzelnen Zähnen Lücken gebildet?

Zahnstruktur

Ja Nein

- Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies?
- Kommt Ihnen die Speichelmenge im Mund zu gering vor oder haben Sie Probleme beim Schlucken der Nahrung?
- Reagieren manche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, beißen, Süßes oder vermeiden Sie es, einen Teil Ihres Mundes zu putzen?
- Haben Sie Rillen oder Kerben in der Nähe des Zahnfleischrandes?
- Hatten Sie jemals Zahnschmerzen, eine gerissene Füllung, einen gebrochenen, abgesplitterten oder gesprungenen Zahn?
- Bleiben Ihnen Speisen zwischen den Zähnen hängen?

Biss und Kiefergelenk

Ja Nein

- Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, begrenzte Öffnung, Sperre, Knacken)
- Haben Sie Probleme beim Kauen von harten Nahrungsmitteln?
- Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert, sind sie kürzer oder dünner geworden oder haben sie sich abgenutzt?
- Pressen Sie Ihre Zähne tagsüber aufeinander?
- Haben Sie Schlafprobleme oder wachen Sie mit einem Spannungsgefühl im Kopfbereich auf?
- Tragen Sie eine Knirscherschiene oder haben Sie jemals eine getragen?

Ästhetik

Ja Nein

- Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt?
- Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellert (gebleicht)?
- Waren Sie mit dem Aussehen einer zahnmedizinischen Restauration schon einmal enttäuscht?
- Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten?