

## Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Zu einer modernen Zahnheilkunde gehört der ganze Körper. Um eine mögliche zahnärztliche Therapie risikolos und individuell auf Sie abzustimmen, benötigen wir von Ihnen Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und teilen uns zukünftig jede Veränderung mit. Alle Angaben in diesem Bogen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

## Ihre Kristina Röder & Team

### Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_

pflichtversichert     freiwillig versichert     zusatzversichert     zuzahlungsfrei (Hartz IV)

Private Krankenkasse: \_\_\_\_\_

vollversichert     Standardtarif (1,7fach)     Anspruch auf Beihilfe

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_  
(falls abweichend von den Patientendaten)

Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Persönliche Fragen

Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis? \_\_\_\_\_

Worauf legen Sie besonders Wert? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Kennen Sie unsere Praxis-Homepage [www.zahnarztpraxis-roeder.de](http://www.zahnarztpraxis-roeder.de)?     Nein     Ja

Wünschen Sie Informationen zu bestimmten Behandlungen? Zum Beispiel:

Zahnersatz     Implantate     Weiße Füllungen     Prophylaxe     Kiefergelenksbeschwerden

Bleaching     Ästhetik     Parodontitis     Andere \_\_\_\_\_

Möchten Sie unverbindlich an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden und/oder interessante Neuigkeiten aus der Praxis und der Zahnmedizin erfahren?

Nein     Ja     telefonisch     per SMS     per Post     per Mail

## Medizinische Fragen

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt (ungefähr)? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?  Nein  Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer Medikamentenunverträglichkeit?

Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien?

Nein  Ja  Heuschnupfen  Asthma  Latex  Antibiotikum  
 Schmerzmittel  Andere \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?

Nein  Ja  Hepatitis A/B/C  TBC  HIV  
 Andere \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Herz-Kreislaufkrankung?

Nein  Ja  Hoher Blutdruck  Niedriger Blutdruck  Herzinfarkt  Herzklappenerkrankung  
 Einnahme Blutverdünner  Herzschrittmacher  Schlaganfall  Andere \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Rheuma  Epilepsie  Grauer Star  Blutungsneigung  Lungenerkrankung  
 Schilddrüsenerkrankung  Ohnmachtsneigung  Diabetes  Lebererkrankung  Nierenerkrankung  
 Magen-Darm Erkrankung  Andere \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben zu Erkrankungen (auch: Kopfschmerzneigung) oder Operationen: \_\_\_\_\_

---

---

---

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kieferbereich geröntgt?  Nein  Ja

Besteht eine Schwangerschaft?  Nein  Ja

Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden?

Kronen  Brücken  Prothese  Implantat  Wie alt ist der Zahnersatz (ungefähr)? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu Zahnfleischbluten?  Nein  Ja

Im Rahmen unserer Aufklärungspflicht möchten wir bereits an dieser Stelle darauf hinweisen, dass eine für die Behandlung eventuell notwendige örtliche Betäubung Ihr Reaktionsvermögen beeinträchtigen und dies zu einer Einschränkung Ihrer Fahrtüchtigkeit führen kann. Bitte beachten Sie deshalb bei der Planung Ihres Termins auch die Organisation Ihres sicheren Rückwegs.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen und Fragen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter