

---

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben und werden uns bemühen, Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm und effektiv wie möglich zu gestalten.

Zu Ihrer bestmöglichen Behandlung sind einige Angaben Ihrerseits notwendig.

Bitte verstehen Sie diesen Fragebogen nicht als lästige „Ankreuzpflicht“, sondern sehen Sie dies als Chance, uns auf diesen 4 Seiten Ihre individuellen Bedürfnisse, Wünsche, Vorerkrankungen und Medikationen mitzuteilen.

Alle Personen, die in diese Aufzeichnungen Einsicht nehmen können sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ihre Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

---

**Persönliche Angaben**

---

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

---

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

---

Email

derzt. berufl. Tätigkeit

---

überweisender Arzt – Name, Adresse, Telefonnummer

---

Hausarzt – Name, Adresse, Telefonnummer

---

Name der Krankenkasse /Versicherung

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:**

---

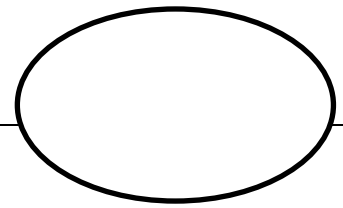
Name, Vorname des/der Zahlungspflichtigen

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort



## Gesundheitsfragebogen

Hier haben Sie die Möglichkeit, uns über Ihren individuellen Gesundheitszustand zu informieren.

Bitte notieren Sie etwaige Vorerkrankungen so genau wie möglich, damit eventuell notwendige Medikamente Ihren Bedürfnissen angepasst werden können.

Wenden Sie sich bei Fragen gerne an unser Praxisteam.

### Herz-Kreislaufsystem

zusätzliche Informationen

Wenn Sie einen Herzpass besitzen, legen Sie diesen bitte vor!

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie)                                   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie)                                | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Hatten Sie einen Schlaganfall?                                 | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher?                            | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Haben Sie einen Herzklappen-Ersatz? (Eigen-/Fremdmaterial)     | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Haben Sie einen <u>nicht vollständig</u> behobenen Herzfehler? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Hatten Sie eine Herz-OP mit Einbringen von Fremdmaterial?      | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Hatten Sie bereits eine Endokarditis?                          | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |

### Infektionskrankheiten

zusätzliche Informationen

- |                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| Hepatitis (A, B, C) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| TBC (Tuberkulose)   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| HIV                 | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Andere:             |   |  |

### Allergien und Unverträglichkeiten

Art/Zeit des Auftretens

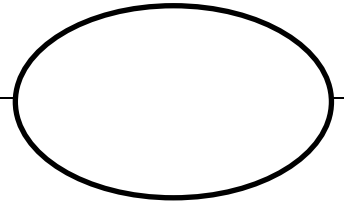
Wenn Sie einen Allergiepass besitzen, so legen Sie diesen bitte vor.

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| Antibiotika (Penicillin und andere) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Schmerzmittel                       | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Lokalanästhetika                    | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Andere:                             |   |  |

### Weitere Erkrankungen

zusätzliche Informationen

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Blutgerinnungsstörungen  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Asthma   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Lungenerkrankungen   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Schilddrüsenerkrankungen   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Rheuma   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Epilepsie  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Diabetes (I, II)   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Nierenfunktionsstörungen   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Leberfunktionsstörungen  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Ohnmachtsneigung   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Andere: (z.B. Mundgeruch, Zungenbrennen, grauer Star, grüner Star,...etc.) |   |  |



### Aktuelle Medikation

Bitte teilen Sie uns mit, welche Medikamente Sie innerhalb der letzten Woche eingenommen haben und/oder regelmäßig einnehmen. Zählen Sie bitte auch alle nicht angegebenen und auch alle nicht verschreibungspflichtigen Medikamente und Tonika (Stärkungsmittel) auf. Wenn Sie Medikamente genommen haben, geben Sie bitte an, wann und in welcher Dosierung und führen Sie den Grund der Einnahme auf.

Paracetamol	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ibuprofen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Diclofenac	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Aspirin	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Naproxen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

---

Blutverdünner (ASS, Falithrom, Xarelto oder andere)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---	---

Wenn ja, welche? .....

Schlaf- und Beruhigungsmittel	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Antibiotika	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Andere:	

### Allgemeine Angaben

Drogenkonsum	<input type="radio"/> ja, regelmäßig	<input type="radio"/> ja, gelegentlich	<input type="radio"/> Nein
Alkoholkonsum	<input type="radio"/> ja, regelmäßig	<input type="radio"/> ja, gelegentlich	<input type="radio"/> Nein
Zigarettenkonsum	<input type="radio"/> ja, regelmäßig	<input type="radio"/> ja, gelegentlich	<input type="radio"/> Nein

wenn ja, bitte Stückzahl pro Tag angeben

Sind Sie zur Zeit in einem Abstinenz- oder Aussteigerprogramm?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
--	---

Wurde in letzter Zeit eine Röntgenaufnahme bei Ihnen gemacht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---	---

Wenn ja, bitte ungefähres Datum und betroffene Region angeben.  
Wenn Sie einen Röntgenpass besitzen, legen Sie diesen bitte vor. Wenn Sie keinen besitzen, aber gerne einen haben möchten stellen wir Ihnen gerne einen aus.

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
--	---

Wenn ja, bitte Angabe der Schwangerschaftswoche/ des -monats.

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? Was wurde gemacht?

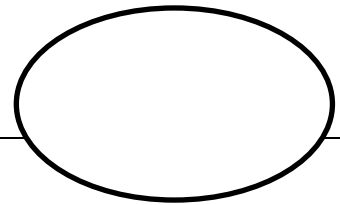
---

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

Was erwarten Sie sich von Ihrem Besuch in unserer Praxis konkret?

---



## Wichtige Informationen

Eintragungen in Ihr Bonusheft nehmen wir gerne vor, sofern Sie zu einer entsprechenden Untersuchung bei uns waren. Termine aus Gründen wie Zahnschmerzen oder nach Unfällen werden bei uns intern anders geplant; der Schwerpunkt liegt auf der Schmerzбeseitigung.

Ein Stempel für das Bonusheft kann dann in der Regel nicht eingetragen werden.

**Bitte denken Sie daran: es ist Ihre Aufgabe an eine entsprechende Terminvereinbarung für eine Untersuchung, die zu einem Stempel im Bonusheft berechtigt, zu denken!**

Eine schmerzstillende Injektion kann Ihre Verkehrstüchtigkeit verringern. Von aktiver Teilnahme am Straßenverkehr unmittelbar nach der Behandlung unter Lokalanästhesie und dem Bedienen von Maschinen wird abgeraten. Sie können gerne noch in unserem Wartezimmer Platz nehmen. Bitte essen Sie erst wieder nach dem Abklingen der Anästhesie – Sie könnten sich unbewusst verletzen (Zungen- oder Wangenbisse)!

Beim Setzen einer Injektion kann es sehr selten zu einer Nervenschädigung, bzw. zu Nervirritationen kommen. Vorübergehende, selten bleibende Gefühlsstörungen oder andauernde Schmerzzustände sind an den Zähnen, dem Zahnfleisch und der Gaumenschleimhaut, je nach Lage des behandelten Zahnes, nicht mit Sicherheit zu vermeiden.

Selten wird der Zungen/ und/oder Unterkiefernerve durch den Eingriff verletzt oder durch die Einspritzung von Betäubungsmittel geschädigt. Meist vorübergehende, nur selten bleibende Geschmacksstörungen, Schmerzen und/oder ein Taubheitsgefühl der betroffenen Zungenseite können die Folge sein.

**Ich verpflichte mich, meinen behandelnden Arzt über alle sich ergebenden Änderungen (Schwangerschaft, neu aufgetretene Erkrankungen oder Allergien, neue Medikation, Umzug oder Kassenwechsel und Ähnliches) umgehend zu informieren.**

Alle Angaben in diesem vierseitigen Bogen unterliegen zur Gänze der ärztlichen Schweigepflicht bzw. den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der elektronischen Speicherung und Auswertung meiner persönlichen Daten sowie deren anonymisierte Verwendung zu statistischen Zwecken stimme ich zu.

Ich bin damit einverstanden, Terminerinnerungen per SMS auf die angegebene Mobiltelefonnummer zu erhalten. Wenn ich dies nicht mehr möchte kann ich dies jederzeit schriftlich oder persönlich in der Praxis widerrufen.

Ich erkenne an, dass es sich bei dem kostenlosen Recall-Service lediglich um eine Erinnerungshilfe handelt. Die Zahnarztpraxis kann für vergessene oder verspätete Termine (z.B. Bonusheft-Stempel) nicht haftbar gemacht werden.

JA, ich bin einverstanden

NEIN, bitte nicht

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich obige Angaben vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt und die wichtigen Informationen gelesen und verstanden habe.**

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) liegt in der Praxis aus und wurde von mir eingesehen.

Datum

Unterschrift Patient/Patientin sowie  
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

**Hat der Patient / die Patientin das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, bitte folgende Angaben vervollständigen:**

Hiermit willige ich in die Behandlung meiner Tochter/ meines Sohnes ein.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r