

## Liebe Patientin, lieber Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Erscheinungsgrund

---

### DAS Konzept

Für eine noch effektivere Zufriedenstellung, haben wir das „DAS Konzept“ entwickelt. Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, bevor Sie überhaupt das Behandlungszimmer betreten, uns einen Einblick auf Ihre primären Wünsche zu ermöglichen. Dabei handelt es sich um die drei Buchstaben D A S. Jeder Buchstabe hat eine Bedeutung. Bitte ordnen Sie die drei Buchstaben nach ihrer Relevanz mit 1, 2 oder 3.

\_\_\_\_\_ D: Dentogene Beschwerden, wie z. B. Zahnschmerzen, Zahnfleischbeschwerden

\_\_\_\_\_ A: Ästhetische Ansprüche wie z. B. Schiefstellung von Zähnen, Farbe der Zähne

\_\_\_\_\_ S: Störungen in Sprache und Funktion wie z. B. Knirschen, Kopfschmerzen

### Persönliches

Vorname / Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzl. Versichert  ja  nein      privat Versichert  ja  nein      Basistarif  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein      Beihilfeberechtigt  ja  nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Vorname / Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen       Telefon- / Branchenbuch       Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des...

- Herzens oder Kreislaufs  ja  nein  
Leber  ja  nein  
Nieren  ja  nein  
Magen-Darm-Traktes  ja  nein

## Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck  ja  nein  
niedrigen Blutdruck  ja  nein  
Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
Diabetes Typ 1  Typ 2   ja  nein  
Schlaganfall  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein  
Grünen Star  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
rheumatische Erkrankung  ja  nein  
Erkrankung Schilddrüse  ja  nein  
Allergien  ja  nein  
    Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_  
Herzkrankungen  ja  nein  
    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?  ja  nein  
Sonstige Infektionen / Erkrankungen:  ja  nein

## Infektionskrankheiten: Haben Sie ...

- HIV  ja  nein  
Hepatitis A  B  C   ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Sonstige Infektionskrankheiten:  ja  nein

## Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar?  ja  nein  
Cortison (Kortikoide)  ja  nein  
Antidepressiva  ja  nein  
andere Medikamente? Wenn ja, welche?  ja  nein

- Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente  
oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein  
    Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

## Zahn-Mund-Situation: Haben Sie...

- Schmerzen  ja  nein  
gelockerte Zähne  ja  nein  
Zahnfleischbluten  ja  nein  
das Gefühl an Mundgeruch zu leiden?  ja  nein  
Wenn ja, wünschen Sie eine Beratung?  ja  nein  
Geräusche im Kiefergelenk  ja  nein  
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen  
im Kieferbereich angefertigt?  ja  nein  
    Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

## Zum Schluss

- Rauchen Sie?  ja  nein  
Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein  
Sind Sie mit der Farbe, Stellung und Form Ihrer  
Zähne unzufrieden?  ja  nein  
Wünschen Sie eine regelmäßige, jährliche  
professionelle Zahnreinigung  ja  nein

## Hinweis

Sie können einen Termin nicht einhalten?  
Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

## Fragen / Anmerkungen

---

---

---

---

Datum

Unterschrift