



Name, Vorname: Geb.:

Anschrift: PLZ/Ort:

Telefon: Privat: Dienstlich:

Mobil:

Versicherung / Krankenkasse:

Haben Sie eine Zusatzversicherung? JA Nein

Hausarzt: Tel:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Zuteilung eines Pflegegrad

Wenn ja, welcher? 1 2 3 4 5

Anfallsleiden JA Nein
Wenn ja, welche?

Herz-/Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck JA Nein
Niedriger Blutdruck JA Nein
Herzerkrankung JA Nein

Lungenerkrankung /
Asthma JA Nein
Blutgerinnungsstörung JA Nein
Mangeldurchblutung des
ZNS/ Schlaganfall JA Nein

Wenn ja, welche?

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion/Stadium AIDS JA Nein
Lebererkrankung/Hepatitis
A/B/C JA Nein
Tuberkulose JA Nein
Andere Infektionserkrankungen
z.B. MRSA JA Nein

Nierenerkrankung JA Nein
Ohnmachtsanfälle JA Nein
Osteoporose Erkrankung JA Nein
Rheuma / Arthritis JA Nein
Schilddrüsenerkrankung JA Nein
Tumor-/Krebserkrankung JA Nein

Wenn ja; welche?

Psychische Erkrankungen z.B.
Depressionen JA Nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
(CJK) / Neue Variante der
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit JA Nein
Raucher JA Nein

Magen-/Darmerkrankung JA Nein
Diabetes JA Nein
Wenn ja, welcher Typ?

Besteht eine Schwangerschaft? Nein JA; wenn ja, welche Woche?

Allergien und Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen Nein JA; wenn ja, welche? _____
Antibiotika Nein JA; wenn ja, welche? _____
Schmerzmittel Nein JA; wenn ja, welche? _____
Metalle Nein JA; wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein? Nein JA

Wenn ja, welche?

Gibt es von Ihrem Hausarzt einen Medikamentenplan für Sie? Nein JA; seit

Nehmen Sie Blutverdünner? z.B. Marcumar, ASS Nein JA; seit

Nehmen Sie Bisphosphonate? Nein JA; seit

Nehmen Sie Psychopharmaka? Nein JA; seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt? Nein JA

Wenn ja, welche?

Wann?	Von:	Bis:
Es handelte sich um eine	<input type="checkbox"/> ambulante OP	<input type="checkbox"/> stationäre OP

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Nein JA

Wenn ja, wann?

Was ist Ihr Anliegen, warum kommen Sie zu uns?

Haben Sie zurzeit oder manchmal Zahnschmerzen? Nein JA

Haben Sie schon einmal Zahnfleischbluten bei sich beobachtet? Nein JA

Haben Sie manchmal einen unangenehmen Geschmack im Mund? Nein JA

Wenn ja, ist dieser metallisch? Nein JA

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Am:

Was wurde gemacht?

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Nein JA

Wenn ja, warum?

Haben Sie Angst vor Spritzen? Nein JA

Sind Sie mit der Ästhetik und der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? Nein JA

Welche Zahnpflegemittel benutzen Sie?

Haben Sie eine spezielle Frage? Nein JA

Prophylaxe

Sind Sie an zusätzlichen Vorbeugemaßnahmen Ihrer Zähne interessiert? Nein JA

Wenn ja, wir beraten Sie gerne 😊

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren oder auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine pünktlich einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, diesen abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Heidelberg, den Unterschrift: