

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

Beruf _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Krankenkasse Name _____

- Gesetzliche Krankenkasse
 Private Krankenkasse
 Zusatzversichert
 vollversichert
 Basistarif (2,0 fach)
 Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____

Grund Ihres Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- Professionelle Zahnreinigung
 Zahnersatz
 Implantologie
 Parodontitisbehandlung
 individuelles Prophylaxeprogramm
 Zahnästhetik
 Amalgamsanierung
 Wurzelbehandlung
 Zahnfehlstellungsregulierung
 Kariesrisikobestimmung
 Mundhygieneartikel
 Bleaching (Zahnaufhellung)
 Kiefergelenksbehandlung
 Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.cm-kiel.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> überempfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken | <input type="checkbox"/> Zahnverfärbungen | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Zahnlockerungen |
| <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen | | |

Sonstiges _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ASS | <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Aufputsch- oder Beruhigungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente (Blutdrucksenker) | <input type="checkbox"/> Herz- / Kreislaufmedikamente | |

Sonstiges _____

Nehmen Sie zurzeit andere gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, ein? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Nehmen/ Nahmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? nein ja

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja

Herz- und Kreislauferkrankungen

- | | | | | |
|------------------------------|---|---------------------|---|-------------|
| Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Herz-Operation | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wann? _____ |
| Unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Herzasthma, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wann? _____ |
| Herzklappenersatz/Herzfehler | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wann? _____ |

Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

- | | | | |
|----------------------------|---|----------------------------|---|
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wenn ja, insulinpflichtig? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| Leberentzündung (Hepatitis A/B/ ...) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wann? _____ |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wann? _____ |
| Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ |

Bluterkrankungen

- | | | | |
|------------------------------|---|--------------------|---|
| Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Blutarmut (Anämie) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wundheilungsstörungen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Sonstiges? _____ | |

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle nein ja
Psychosomatische Erkrankungen nein ja
Morbus Parkinson nein ja
Sonstiges? _____

Krämpfe nein ja
Ohnmachtsanfälle nein ja
Morbus Alzheimer / Demenz nein ja

Magen-Darmerkrankungen nein ja

Nierenerkrankungen nein ja

Tumorerkrankungen nein ja

Wenn ja, welches Organ? _____ Wann? _____

Organtransplantationen nein ja

Wenn ja, welches Organ? _____ Wann? _____

Augenerkrankungen

Glaukom | Grüner Star nein ja

Ess-Störungen nein ja

Erkrankungen des Bewegungsapparates

Rheuma nein ja
Sonstiges? _____

Arthrose nein ja

Atemwegserkrankungen

Asthma nein ja

Atemnot | chron. Husten nein ja

Abhängigkeiten

Drogen nein ja
Nikotin nein ja

Alkohol nein ja
Medikamente nein ja

Schwangerschaft nein ja

Wenn ja, welcher Monat? _____

Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich geröntgt? nein ja

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Hausarzt _____

Facharzt _____

Straße / Nr. _____

Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____

Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____

Telefon _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____