



## Praxis für Zahnheilkunde

Michael Melerski · Matthias Strauss

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Datum \_\_\_\_\_

das Team der „Praxis für Zahnheilkunde“ heißt Sie herzlich willkommen.  
Besonders in der Medizin hat der Satz: „Kein Mensch ist wie der Andere!“ seine Gültigkeit.  
Damit wir unserem Anspruch der individuellen Behandlung und Betreuung jedes Patienten möglichst umfassend gerecht werden können, möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Wünschen anzupassen.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Geschlecht  w  m

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

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

Tel. privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Krankenkasse (gesetzlich) \_\_\_\_\_ Freiwillig versichert

Privat versichert bei \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigt   
Basistarif

Name des Versicherten \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
(bzw. Zahlungspflichtiger bei Minderjährigen)

Adresse des Versicherten (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  Empfehlung  Überweisung  Zufällig

1. Wie ist Ihr Blutdruck?  normal  zu niedrig  zu hoch

2. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

Diabetes  Schilddrüsen Über-/oder Unterfunktion

Asthma/Lungenerkrankung  Nierenerkrankungen

Magen-Darmerkrankungen  Anfallsleiden (Epilepsie)

Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis, HIV? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Ist Ihre Blutgerinnung gehemmt?  Ja  Nein

5. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente oder Stoffe (z.B. Alkohol) nicht?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn ja, wievielte Woche? \_\_\_\_\_



## Praxis für Zahnheilkunde

Michael Melerski · Matthias Strauss

9. Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

10. Sind Sie bisher regelmäßig zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung gegangen?  Ja  Nein

Zuletzt wann? \_\_\_\_\_

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?  Ja  Nein

11. Ist bei Ihnen in der Vergangenheit eine der nachstehend aufgeführten zahnmedizinischen Behandlungen durchgeführt worden?  Ja  Nein

Kieferorthopädische Behandlung

Paradontosetherapie

Kiefergelenk-, Funktionstherapie oder Schienenbehandlung

12. Sind in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder vom Zahn-, Kieferbereich gemacht worden?  Ja  Nein

13. Falls Zahnersatz vorhanden ist, wie alt ist er?

14. Haben Sie jemals eine unangenehme Reaktion nach einer Betäubungsspritze erlebt?  Ja  Nein

15. Haben Sie Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

16. Leiden Sie unter erhöhtem Würgereiz?  Ja  Nein

17. Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein

18. Leiden Sie an regelmäßigen Kopf-, Gesichts- oder Ohrenschmerzen?  Ja  Nein

19. Sind Sie schon einmal individuell über Mundhygiene aufgeklärt und beraten worden?  
Wie schätzen Sie selbst Ihre Mundhygiene ein?  Ja  Nein

sehr gut

ausreichend

verbesserungswürdig

20. Benutzen Sie außer der Zahnbürste noch andere Hilfsmittel zur täglichen Mundhygiene?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

21. Sind Sie an prophylaktischen Maßnahmen zur Etablierung und dauerhaften Aufrechterhaltung von Zahn- und Mundgesundheit interessiert?  Ja  Nein

22. Legen Sie Wert auf eine individuelle und optimale zahnmedizinische Beratung, Aufklärung und Behandlung?  Ja  Nein

Wären Sie auch bereit, anfallende Mehrkosten selbst zu tragen, falls diese von Kostenträgern (Ihrer Krankenkasse) gar nicht oder nur teilweise erstattet werden?  Ja  Nein

Wir möchten Sie bitten, pünktlich zu den vereinbarten Terminen zu erscheinen, um unnötige Verzögerungen im Praxisbetrieb zu vermeiden und bei Verhinderung rechtzeitig, wenn möglich 24 Stunden vorher, abzusagen.

Vielen Dank

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)