

SEHR GEEHRTER PATIENT, SEHR GEEHRTE PATIENTIN,

bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren persönlichen Gesundheitszustand. Sie können sich jederzeit an uns wenden, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.



PRAXIS
DR. PFEIFFER
ZAHNÄRZTE

PATIENTENDATEN

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname der / des Versicherten, falls abweichend Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefonnummer privat / mobil (freiwillige Angabe) E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Name und Anschrift Ihres Hausarztes (freiwillige Angabe)

Name der Krankenkasse

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Rauchen Sie? Ja Nein Für Patientinnen: Sind Sie momentan schwanger? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? Medikamentenplan vorhanden? Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (bspw. Marcumar, ASS)? Ja Nein

Haben Sie jemals Bisphosphonate eingenommen? Ja Nein

Nehmen Sie Immunsuppressiva oder Cortison (Steroide) ein? Ja Nein

Benötigen Sie vor zahnärztlichen Behandlungen eine Antibiotika-Prophylaxe? Ja Nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie oder erhalten Sie eine Strahlentherapie? Ja Nein

Leiden Sie unter Allergien gegenüber Medikamenten oder anderen Stoffen (bspw. Latex, Antibiotika, Lokalanästhesie)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

GESUNDHEITZUSTAND

Leiden oder litten Sie unter folgenden Störungen bzw. Krankheitsbildern? (**Hinweis:** Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes umgehend mit)

Hoher Blutdruck Ja Nein Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein Asthma / Lungenerkrankung Ja Nein

Herzinfarkt, Angina Pectoris Ja Nein Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Herzklappenfehler, Herzklappenersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Depressionen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Rheuma / Arthritis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Gicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nieren- / Leberinsuffizienz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Grüner Star	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

INFEKTIONSKRANKHEITEN

HIV / AIDS	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	MRSA	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung / Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Mumps, Masern, Röteln, Scharlach	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose (Tbc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Sonstiges:	_____	
Creutzfeld-Jacob-Krankheit oder eine Variante (CJK/vCJK)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE (FREIWILLIGE ANGABEN)

Traten bei Ihnen jemals Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung auf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Unfall oder eine Operation im Kopf-Hals-Bereich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung (Zahnspange)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Geräuschen im Kiefergelenk (bspw. Knacken)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopf- & Nackenschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

WÜNSCHEN SIE EINE VERÄNDERUNG AN IHREN ZÄHNEN?

Zahnfarbe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zahnstellung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lücken	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges:	_____	

WÜNSCHEN SIE EINE BERATUNG BEZÜGLICH:

Zahnaufhellung / Bleaching	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Unsichtbare Zahnspange	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Implantate	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zahnersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

Recall-Service (freiwillige Angabe):
Wünschen Sie eine Erinnerung an den nächsten Vorsorgetermin? Ja Nein

Kontaktaufnahme (freiwillige Angabe):
Dürfen wir Sie telefonisch zur Terminbestätigung kontaktieren? Ja Nein

In eigener Sache (freiwillige Angabe):
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten:
Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert und unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (DSGVO, BDSG). Informationen diesbezüglich sind in der Praxis einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift