



Name, Vorname: ..... geb.: .....

Anschrift: .....

Telefon (privat): ..... (dienstlich): .....

Telefon (mobil): .....

Versicherung/Krankenkasse: .....

Haben sie eine Zusatzversicherung:  ja  nein

Beruf/ Arbeitgeber:.....

Hausarzt, Name: ..... Telefon:.....

**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.

**Herz-/ Kreislaferkrankungen:**

- Hoher Blutdruck  ja  nein
- Niedriger Blutdruck  ja  nein
- Herzklappenfehler  ja  nein
- Herzklappenersatz  ja  nein
- Herzschrittmacher  ja  nein
- Endokarditis  ja  nein
- Herzoperation  ja  nein
- Herzinsuffizienz/Herzschwäche  ja  nein
- Herzinfarkt  ja  nein

**Anfallsleiden (Epilepsie)**

ja  nein

**Asthma/Lungenerkrankung**

ja  nein

**Blutgerinnungsstörungen**

ja  nein

**Diabetes/Zuckerkrankheit**

ja  nein

**Nierenerkrankungen**

ja  nein

**Ohnmachtsanfälle**

ja  nein

**Osteoporoseerkrankung**

ja  nein

**Raucher**

ja  nein

**Rheuma/Arthritis**

ja  nein

**Schilddrüsenerkrankung**

ja  nein

**Tumor-/Krebserkrankung**

ja  nein

**Alkohol-/Drogenabhängigkeit**

ja  nein

**Magen-/Darmerkrankung**

ja  nein

**Sonstige Erkrankungen**

ja  nein

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? ..... Woche

Wenn ja, welche:.....

**Infektiöse Erkrankungen:**

- HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein
- Lebererkrankung/Hepatitis (A/B/C?)  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)  ja  nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein
- Antibiotika  ja  nein
- Schmerzmittel  ja  nein
- Metalle: .....
- Sonstige: .....

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  ja  nein

**Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, welche:.....

Gibt es von Ihrem Hausarzt einen Medikamentenplan für Sie?  ja  nein

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar)?  ja, seit.....  nein

Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja, seit.....  nein

**Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt?**  ja  nein

Wenn ja, welche:..... Datum: .....

Handelte es sich um eine ambulante OP  oder eine stationäre OP  von/bis: .....

## Zahnmedizinische Vorgeschichte

**Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?**  ja  nein

Wenn ja, wann?.....

➤ Warum kommen Sie zu uns, was ist ihr Anliegen?  
.....

➤ Haben Sie zurzeit oder manchmal Zahnschmerzen?  ja  nein

➤ Haben Sie schon mal Zahnfleischbluten bei sich beobachtet?  ja  nein

➤ Haben Sie manchmal einen unangenehmen Geschmack im Mund?  
Metallisch?  ja  nein

➤ Behandlung mit Betäubung?  ja  nein

➤ Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?  
.....

➤ Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?  ja  nein

Warum? .....

➤ Sind Sie mit der Ästhetik und der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein

➤ Welche Zahnpflegemittel benutzen Sie?  
.....

➤ Haben Sie eine Frage?  ja  nein  
.....

## Prophylaxe

➤ Sind Sie an zusätzlichen Vorbeugemaßnahmen zur Erhaltung Ihrer Zähne interessiert?

Wenn ja, bitte sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne 😊  ja  nein

➤ 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 einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Heilbronn , den ..... Unterschrift: .....