

Bitte beantworten Sie diese Fragen sehr gewissenhaft - Sie helfen uns damit, die Ursachen für Ihre gesundheitlichen Probleme schneller zu finden.

Allgemeine Daten	
Frau / Herr	
Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
Straße	
Land, PLZ und Wohnort	
Telefon Privat	
Telefon Arbeit	
Email Adresse	
Beruf und Arbeitgeber	
Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?	

Sind Sie gesetzlich versichert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie privat versichert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Basistarif mit Leistungsbegrenzung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Name der Krankenversicherung/Kostenerstatter			
<b>Über wen sind Sie versichert, wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind?</b>			
Name/Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Adresse: _____			
<b>Wer ist Ihr Hausarzt?</b>			
Name	_____	Adresse	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____

## Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir wissen dass ein vereinbarter Termin in der Hektik des Alltages schon einmal vergessen werden kann. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, eine Ausfallgebühr zu berechnen, falls Termine wiederholt nicht rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) abgesagt werden. Als Terminpraxis ist es uns meist nicht möglich den für Sie reservierten Termin kurzfristig anderweitig zu vergeben.

## warum suchen Sie uns auf?

- Kontrolluntersuchung       Verbesserung der Zahnästhetik       Zahnschmerzen
- Professionelle Zahnreinigung       Parodontitis       biologische Implantatversorgung
- Kiefergelenk-/ Muskelschmerzen       sichere Amalgamsanierung       Zweitmeinung
- andere Gründe: \_\_\_\_\_

## Was ist Ihr Hauptanliegen?

Haben Sie akute Schmerzen?     Ja     Nein

## Wenn ja, wie äußern sich die Schmerzen?

- Dauerschmerz     Kälteempfindlichkeit     Belastungsschmerz     ausstrahlender Schmerz
- Kiefergelenk u/o Muskelschmerz     Schmerz auf sauer/süß

## Was trifft auf Ihren Zahn- und Mundgesundheitstatus zu:

- Zahnfleischbluten     hohe Kariesneigung     Zähneknirschen     Wurzelbehandelte Zähne
- Amalgamfüllungen vorhanden     Amalgamentfernung unter Schutz erfolgt
- Amalgamentfernung ohne Schutz erfolgt     Amalgam-/Quecksilberausleitung durchgeführt
- Brücken/ Kronen/ Inlays aus Metall     Teil- oder Vollprothese     unversorgte Zahnlücken
- Titanimplantate (Firma: \_\_\_\_\_ )     Keramikimplantate (Firma: \_\_\_\_\_ )

## Wurde eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

- ja ( Zeitraum \_\_\_\_\_ )     nein
- festsitzend mit Brackets     abnehmbar     Aligner-Technik     Retainerschiene
- mit nachfolgenden Kiefergelenksbeschwerden (CMD)?
- seitdem ungleichmäßiger Zusammenbiss?

## Bestehen oder bestanden Erkrankungen/ Funktionsstörungen/ Operationen bei folgenden Organen?

### Kopf/Hals

- Kopfschmerzen     Migräne (wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_ )
- Bindehautentzündung     Grauer Star     Grüner Star
- Mittelohrentzündung     Schwerhörigkeit     Ohrgeräusche / Tinnitus
- erschwerte Nasenatmung     Heuschnupfen     Nasennebenhöhlenentzündung
- Angina/ vergrößerte Mandeln     Halsschmerzen     Mundgeruch

## Herz/Kreislauf

- Herzinfarkt     Stents     Herzinsuffizienz     Herzmuskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße     Bypass-OP     Herzklappenersatz
- Herzklappenentzündung     Schrittmacher     Angina Pectoris
- niedriger Blutdruck (Wert: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_)     hoher Blutdruck (Wert: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_)
- Durchblutungsstörungen     Schlaganfall     Krampfadern

## Innere Organe

- Asthma     Bronchitis     Lungenentzündung
- Blasenerkrankung     Nierenerkrankung     Dialyse
- Magenerkrankung     Darmdysbiose     Colitis ulcerosa     Morbus Crohn
- Lebererkrankung     Gallensteine

## Stoffwechsel/Hormone

- Diabetes mel. Typ1     Diabetes mel. Typ 2     Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion     Hashimoto     Entfernung der Schilddrüse
- Wechseljahre     Einnahme von Hormonen (Welche? \_\_\_\_\_ )
- orale Kontrazeptiva

## Bewegungsapparat

- Rückenschmerzen     Bandscheibenprobleme     Skoliose     Beckenschiefstand
- Rheuma     Arthrose     Arthritis     Hüftbeschwerden     Osteoporose
- Wirbelsäulen-OP     Gelenkprothese     Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Infektionserkrankungen

- HIV     Hepatitis (A, B, C)     Tuberkulose     Mumps     Masern
- Röteln     Scharlach     Diphtherie     Windpocken     Gürtelrose
- Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus)     Sars-Cov-2     Long Covid
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Tumorerkrankungen

- gutartiger Tumor (Art: \_\_\_\_\_ ; festgestellt am \_\_\_\_\_ )
- maligner Tumor (Art: \_\_\_\_\_ ; festgestellt am \_\_\_\_\_ )
- Operation     Bestrahlung     Chemotherapie     Alternative Heilmethoden

## Sonstige medizinisch wichtige Informationen

ja    nein

- Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente ein?
- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Sind Sie z.Zt. schwanger?  
Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  
Wenn ja, wieviele Zigaretten/ Tag? \_\_\_\_\_
- Sind Sie gegen SARS-CoV-2 geimpft? Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

## Allgemeines

ja    nein

- Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
- Möchten Sie von uns an Ihre Zahnreinigungstermine erinnert werden?

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_