



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangs-Team. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

## PATIENTENDATEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Zu welcher Tageszeit sind Sie am besten telefonisch erreichbar? \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

Mitglied (falls nicht selbst versichert) \_\_\_\_\_

Beruf, Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Hausarzt: Name, Anschrift, Telefon \_\_\_\_\_

Besteht eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen?  Ja  Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein

## ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?  Ja  Nein

Haben Sie Probleme beim Kauen?  Ja  Nein

Haben Sie Schmerzen in den Kiefergelenken oder in der Kaumuskulatur?  Ja  Nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?  Ja  Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?  Ja  Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein

Bei Kindern: Betreibt Ihr Kind eine Fluoridprophylaxe?  Ja  Nein

(Fluoretten, Speisesalz, Zahnpasta, Gel)

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Grund Ihres Kommens?

---

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Fühlen Sie sich zurzeit gesund?                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Wenn ja, welche?*
- 

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Hatten Sie jemals einen Zwischenfall beim Zahnarzt?              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie jemals ungewohnte Reaktionen auf Spritzen?            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Neigen Sie zu langen Blutungen?                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie medikamentöse Blutverdünner (Marcumar, ASS, Xarelto)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Allergien / <i>Wenn ja, welche?</i> _____  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Haben Sie einen Allergiepass?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Herz-Kreislauf-Störungen   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Hoher Blutdruck  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Herzoperation (Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Bypass)   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Embolien, Thrombosen   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Grüner Star  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Zuckerkrankheit  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Schilddrüsenveränderung  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Leber-/ Nierenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Atemwegs-Lungen-Erkrankungen (Asthma)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Rheuma, chronische Krankheiten   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Leiden Sie unter Osteoporose?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Künstliche Gelenke   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Magen- und Darmprobleme  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Epilepsie  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Infektionskrankheiten / <i>Wenn ja, welche?</i> _____<br>(besonders: Gelbsucht, HIV+, Aids, Tuberkulose,<br>Creutzfeldt-Jakob/Varianten, Krankenhauskeim MRSA) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Sonstige Krankheiten<br><i>Wenn ja, welche?</i>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- 

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate (Osteoporose, Knochentumore)?               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gibt es aktuelle Röntgenbilder (bis 24 Monate alt) Ihrer Zähne/Ihres Mundes? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie Raucher/in?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie Drogen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Monat _____                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## UNSER SERVICE FÜR SIE

Wünschen Sie weitergehende Informationen zu:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Zahnimplantaten                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Kiefergelenkserkrankungen/CMD           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Behandlung der Zahnbehandlungsangst     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Ästhetische Zahnmedizin                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Medizinische Zahnaufhellung             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Erwachsenen-Kieferorthopädie            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Kieferorthopädie für Kinder/Jugendliche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Anti-Schnarchtherapie                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Haben Sie ein Bonusheft?  Ja  Nein

Dürfen wir Sie für Praxis-Informationen, Terminerinnerungen und unseren  
Vorsorge-Recall postalisch, telefonisch, per SMS oder E-Mail kontaktieren?  Ja  Nein

Zahnmodelle, die wir von Ihnen herstellen, unterliegen dem Datenschutz.  
Dürfen wir diese an unser deutsches Meisterlabor weiterleiten?  Ja  Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

Haben Sie eine ärztliche/zahnärztliche Überweisung?  Ja  Nein

**Hinweis zur Organisation:** Die vereinbarten Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

*Mein/e Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Angaben an die Eichenklinik zu meinem Gesundheitszustand zu machen. Ich erteile Ihnen die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die Krankenkasse (oder eine andere Verrechnungsstelle) weiterzuleiten. Ich verpflichte mich, Änderungen am Gesundheitszustand mitzuteilen.*

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.*

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben rechtzeitig mit.  
**Ihr Team der Eichenklinik**