



Name, Vorname: Geb.:

Anschrift: PLZ/Ort:

Telefon: Privat: Dienstlich:

Mobil:

Versicherung / Krankenkasse:

Haben Sie eine Zusatzversicherung? JA Nein

Hausarzt: Tel:

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.

Zuteilung eines Pflegegrad Wenn ja, welcher? 1 2 3 4 5 Anfallsleiden Wenn ja, welche? JA Nein

Herz-/Kreislaufkrankungen Hoher Blutdruck JA Nein Niedriger Blutdruck JA Nein Herzerkrankung JA Nein Wenn ja, welche? Lungenerkrankung / Asthma JA Nein Blutgerinnungsstörung JA Nein Mangeldurchblutung des ZNS/ Schlaganfall JA Nein

Infektiöse Erkrankungen HIV-Infektion/Stadium AIDS JA Nein Lebererkrankung/Hepatitis A/B/C JA Nein Tuberkulose JA Nein Andere Infektionserkrankungen z.B. MRSA JA Nein Wenn ja; welche? Nierenerkrankung JA Nein Ohnmachtsanfälle JA Nein Osteoporose Erkrankung JA Nein Rheuma / Arthritis JA Nein Schilddrüsenerkrankung JA Nein Tumor-/Krebserkrankung JA Nein

Psychische Erkrankungen z.B. Depressionen JA Nein Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit JA Nein Raucher JA Nein Magen-/Darmerkrankung JA Nein Diabetes JA Nein Wenn ja, welcher Typ? Alkohol- /Drogenabhängigkeit JA Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Nein JA; wenn ja, welche Woche?

Allergien und Unverträglichkeiten Lokalanästhesie/Spritzen Nein JA; wenn ja, welche? Antibiotika Nein JA; wenn ja, welche? Schmerzmittel Nein JA; wenn ja, welche? Metalle Nein JA; wenn ja, welche?

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein? Nein JA Wenn ja, welche?

Gibt es von Ihrem Hausarzt einen Medikamentenplan für Sie? Nein JA; seit

Nehmen Sie Blutverdünner? z.B. Marcumar, ASS Nein JA; seit

Nehmen Sie Bisphosphonate? Nein JA; seit

Nehmen Sie Psychopharmaka? Nein JA; seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt? Nein JA

Wenn ja, welche?

Wann? Von: Bis:

Es handelte sich um eine ambulante OP stationäre OP

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Nein JA

Wenn ja, wann?

Was ist Ihr Anliegen, warum kommen Sie zu uns?

Haben Sie zurzeit oder manchmal Zahnschmerzen? Nein JA

Haben Sie schon einmal Zahnfleischbluten bei sich beobachtet? Nein JA

Haben Sie manchmal einen unangenehmen Geschmack im Mund? Nein JA

Wenn ja, ist dieser metallisch? Nein JA

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Am:

Was wurde gemacht?

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Nein JA

Wenn ja, warum?

Haben Sie Angst vor Spritzen? Nein JA

Sind Sie mit der Ästhetik und der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? Nein JA

Welche Zahnpflegemittel benutzen Sie?

Haben Sie eine spezielle Frage? Nein JA

Prophylaxe

Sind Sie an zusätzlichen Vorbeugemaßnahmen Ihrer Zähne interessiert? Nein JA

Wenn ja, wir beraten Sie gerne 😊

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

Heidelberg, den Unterschrift: