

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
Fax _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
Fax _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert
 vollversichert Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____

Grund Ihres Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per SMS

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Implantologie Parodontitisbehandlung
 individuelles Prophylaxeprogramm Zahnästhetik Amalgamsanierung Wurzelbehandlung
 Zahnfehlstellungsregulierung Kariesrisikobestimmung Mundhygieneartikel Bleaching (Zahnaufhellung)
 Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.zahnarzt-dr-wilmes.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- überempfindliche Zähne Zähneknirschen Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch Zahnlockerungen
 häufige Kopfschmerzen / Migräne Sonstiges _____

bitte wenden >>

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen/ Nahmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? nein ja

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____
Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja Haben Sie Asthma? nein ja

Herz- und Kreislaufkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzklappenersatz/Herzfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzasthma, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstiges	_____	

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/ ...)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	_____	

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--------------------	-------------------------------	-----------------------------

Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Krämpfe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Psychosomatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstiges?	_____	

Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-----------------	-------------------------------	-----------------------------

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Drogen

Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nikotinabhängigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---------------------	-------------------------------	-----------------------------

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Sonstige Ess-Störungen _____

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?

Hausarzt / Heilpraktiker _____

Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

nein ja

Facharzt _____

Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____