

### 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](http://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?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_