

Liebe Patienten,

willkommen in der Zahnarztpraxis dental.island



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Wir bitten Sie daher auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## 1 Persönliche Angaben

### KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

|                       |             |                |                            |                            |
|-----------------------|-------------|----------------|----------------------------|----------------------------|
| Name, Vorname         | Geb. Datum  | Geb. Ort       | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w |
| Straße und Hausnummer |             |                |                            |                            |
| PLZ                   | Ort         |                |                            |                            |
| Tel. privat           | Mobil       |                |                            |                            |
| E-Mail                |             |                |                            |                            |
| Beruf                 | Arbeitgeber | Tel. beruflich |                            |                            |

### ICH BIN

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert  |                                     |
| <input type="checkbox"/> zusatzversichert      | Krankenkasse / private Krankenversicherung  |                                     |
| Bei welchem Versicherungsunternehmen?          |   |                                     |
|  |   |                                     |
|  | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Basistarif |

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

### KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

|               |            |                            |                            |
|---------------|------------|----------------------------|----------------------------|
| Name, Vorname | Geb. Datum | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w |
| Straße        |            |                            |                            |
| PLZ           | Ort        |                            |                            |

Name des Hausarztes

---

Kontaktdaten

---

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt?

Ja  Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

---

Bitte vermerken Sie hier sofern bekannt den Ort, die Straße sowie die Telefonnummer Ihres Hausarztes.

Bitte vermerken Sie hier sofern bekannt den Monat und das Jahr der Aufnahmen sowie den Namen des Arztes / der Praxis.

## 2 Ihr Anliegen

### WAS IST DER GRUND IHRES BESUCHES?

- Routinekontrolle  
 Beratung  
 Schmerzbehandlung

- neuer Zahnersatz  
 „zweite Meinung“  
 Zahnfleischbluten

- Knirschen  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 3 Spezielle Gesundheitsfragen

### MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche Medikamente?

---

Nehmen Sie Blutverdünner?  Ja  Nein  
Wenn ja, welches Medikament?

---

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein (z.B. Bisphosphonate)? Wenn ja, welches Medikament?  Ja  Nein

---

### FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welchem Monat?

---

### ALLERGIEN

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, gegen welche?

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Rauschmittel? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

---

Konsumieren Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

---

# 4 Allgemeine Gesundheitsfragen

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

---

## HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)?  Ja  Nein  
Herzschrittmacher / künstl. Herzklappe?  Ja  Nein  
Zustand nach Herzinfarkt?  Ja  Nein  
Angeborener/erworbener Herzfehler?  Ja  Nein  
Sonstiges?

---

## KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck?  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck?  Ja  Nein  
Sonstiges?

---

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/C)?  Ja  Nein  
Tuberkulose?  Ja  Nein  
HIV?  Ja  Nein

## WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von \_\_\_\_\_  Jameda.de  Online Suchmaschinen  Telefonbuch  
 Überweisung von \_\_\_\_\_  Homepage  Facebook  Sonstiges

## MÖCHTEN SIE AN IHREN NÄCHSTEN VORSORGETERMIN ERINNERT WERDEN?

Wenn ja, wie?  per Telefon  per E-Mail  per SMS

Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen. Anderenfalls müssen wir Ihnen leider die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung stellen.

## Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Eventuelle Änderungen werde ich entsprechend mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

## STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes?  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein  
Nierenerkrankungen?  Ja  Nein  
Magen- / Darmerkrankungen?  Ja  Nein  
Chronische Lebererkrankungen?  Ja  Nein  
Sonstiges?

---

## ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle?  Ja  Nein  
Depressionen?  Ja  Nein

## SONSTIGE ERKRANKUNGEN UND ANGABEN

Rheuma?  Ja  Nein  
Chronische Lungenerkrankungen / Asthma?  Ja  Nein  
Nase- / Nebenhöhlenerkrankungen?  Ja  Nein  
Haben Sie eine sonstige Erkrankung?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

---