

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Viele Krankheiten, die Einnahme von Medikamenten und andere Faktoren beeinflussen die zahnärztliche Behandlung. Füllen Sie daher bitte den Fragebogen gewissenhaft aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Mitglied

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_

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

Ich komme auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Welches Hauptanliegen haben Sie? \_\_\_\_\_

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Weshalb? \_\_\_\_\_

privat zusatzversichert

Hatten Sie einen Unfall oder  
eine Operation im Kopfbereich   
Wurden Sie in den letzten  
2 Jahren geröntgt   
Besteht eine Schwangerschaft   
\_\_\_\_\_ Monat

**Allergien**  
wenn ja, welche?

Allergiepass

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine Reaktion auf Medikamente oder Spritzen? \_\_\_\_\_

**Herzerkrankungen**

Hoher Blutdruck   
Niedriger Blutdruck   
Herzschrittmacher   
Herzinfarkt

**Bluterkrankungen**

Blutungsneigung   
Gerinnungshemmer   
Thrombose

**Infektionserkrankungen**

Hepatitis (Gelbsucht)   
Aids   
Ansteck. Krankheiten

**Allgemeine Fragen**

Zahnfleischbluten   
Häufige Kopfschmerzen oder Kiefernverspannungen   
Legen Sie Wert auf eine Materialauswahl   
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden   
Wünschen Sie sich weissere Zähne

**Sonstiges**

Osteoporose   
Zuckerkrankheit   
Rheuma   
Nierenerkrankungen   
Asthma

**Bitte beachten Sie, dass Anästhesien die Fahrtüchtigkeit beeinflussen können!!**

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass vereinbarte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, von uns in Rechnung gestellt werden (§§304,615 BGB), wenn kein anderer Patient einbestellt werden kann. Vielen Dank!

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_