



**Sehr geehrte Patientin.  
Sehr geehrter Patient.**

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung des folgenden Gesundheitsfragebogens zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten sprechen Sie uns gern an.

Name  Vorname  Geburtsdatum

Erziehungsberechtigter bei mitversicherten Kindern: Name/Vorname  Geburtsdatum

Telefon  Handy  eMail

Straße  Hausnr.  PLZ  Wohnort

Versichert bei  Zahnzusatzversicherung

Möchten Sie halbjährlich an Ihren nächsten Vorsorge-/Zahnreinigungstermin erinnert werden?  Ja  Nein

**Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte ausfüllen)**

**Allgemeine Situation:**

Allergie, Medikamentenunverträglichkeit: \_\_\_\_\_

Atemwegserkrankungen: \_\_\_\_\_

Diabetes (Welcher Typ?): \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Lebererkrankungen: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie, wenn ja wie viel täglich? \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? Welche Woche? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_

(Hepatitis A,B,C, HIV/AIDS) \_\_\_\_\_

Tumorerkrankungen: \_\_\_\_\_

(Bestrahlung, Chemotherapie) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente/Drogen (Welche?) \_\_\_\_\_

Sonstige weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor der Behandlung? \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen:**

Haben Sie?	Ja	Nein
einen Allergiepass:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämatologische Erkrankungen: (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen: (chronische Niereninsuffizienz, Dialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____		

**Zahn-Mund-Situation:**

Haben Sie?	Ja	Nein
Zahnfleischbluten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufige Kopfschmerzen/Migräne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gelegentlich oder häufiger Mundgeruch:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bemerkt, dass Sie Zähneknirschen: bzw. Zähnepressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnstellung? Wünschen Sie sich, dass etwas in Ihrem Mund anders wäre?		
_____		
_____		
_____		



## Prophylaxefragebogen

Zur Bewertung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer individuellen Risikofaktoren bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und ihn **vor** Ihrem Zahnreinigungstermin zu übergeben. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, dass Behandlungsziel Ihren Wünschen anzupassen.

### Mundhygiene

Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?  Ja  Nein

Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne täglich?  0-1x  1-2x  2-3x

Wie lange dauert der längste Putzvorgang?  1-2 Min.  mehr als 2 Min.

Verwenden Sie eine elektrische Zahnbürste?  Ja  Nein

Verwenden Sie eine Handzahnbürste?  Ja  Nein

Welche Putzbewegung bevorzugen Sie?  kreisend  schrubbend  Sonstige

Wie oft tauschen Sie im Jahr Ihre Zahnbürste aus? \_\_\_\_\_

Blutet es beim Zähneputzen?  Nie  Ja (selten)  Ja (immer)

Verwenden Sie weitere Hilfsmittel (z.B. Zahnseide, Interdentalbürsten, Zungenbürste, Mundspülung) zur Mundhygiene?  Nie  manchmal  Ja (immer)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist die Handhabung mitunter problematisch?  Ja  Nein

Bestehen überempfindliche Zahnhälse und/oder Kälteempfindlichkeit?  Ja  Nein

### Fluoridangebot

Verwenden Sie Fluoridpräparate?  Ja  Nein  
Welche? (z.B. Tabletten, Salz, Gel) \_\_\_\_\_

Welche Zahncreme benutzen Sie? \_\_\_\_\_

### Ernährung

Wie häufig essen und trinken Sie über den Tag verteilt zuckerhaltige Produkte?  1-3x  4-5x  6-7x  über 7x

Sind Sie Vegetarier/-in oder Veganer/-in?  Ja  Nein

Leiden Sie unter häufigem Erbrechen, Sodbrennen und/oder Aufstoßen?  Ja  Nein

## Wichtige Informationen für den Patienten!

### 1. Einwilligung des Patienten zur Behandlung mit örtlicher Betäubung

Die örtliche Betäubung birgt Risiken hinsichtlich einer Unverträglichkeit des Anästhetikums, Blutungen im Injektionsbereich und der Schädigung von Nerven.

Im Unterkiefer kann es unter Umständen zu einer Beeinträchtigung oder dem Verlust des Gefühls in der Lippe oder Zunge, ggf. auch der Geschmacksempfindungen kommen. Dies kann in seltenen Fällen dauerhaft sein, ist jedoch meist vorübergehend. Hierüber wurde ich ausreichend aufgeklärt und willige in die Behandlung mit örtlicher Betäubung ein.

### 2. Telefonische Terminabsage

Mir ist bekannt, dass ich jeden Termin, den ich nicht wahrnehmen kann, **24h vorher telefonisch** absagen muss. Ausnahmen sind z.B. Krankheit und kurzfristige Arbeit. In diesen Fällen bitten wir Sie uns davon in Kenntnis zu setzen, sobald es Ihnen möglich ist. Im Normalfall können wir Ihnen bei Nichtabsage das Honorar für den Ausfall in Rechnung stellen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_