

# FÜR IHREN ZAHNARZT

Bitte spätestens alle 2 Jahre neu ausfüllen



Patient: Name, Vorname	geb.	Tel. privat
PLZ/Ort	Straße	E-mail Adresse:
Mitglied: Name, Vorname	geb.	Zusatzversicherung
Hausarzt	PLZ/Ort/Straße	Krankenkasse/Beihilferechtigt
Arbeitgeber/Beruf	PLZ/Ort/Straße	Tel. dienstlich

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**  
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Kartei-

karte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

	ja	nein
1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– <b>Haben Sie einen Herzpaß?</b> ausgestellt von: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Allergien (z.B. Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Lebererkrankung/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
– Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Immunschwäche (HIV positiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____ _____		
9. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? Datum (ungefähr) _____ Organ: _____		
10. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wünschen Sie eine Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum _____		Unterschrift _____

**Bitte beachten!** Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

bitte wenden!

Bitte beantworten Sie noch die folgenden Fragen:

1. Wir sind stetig bemüht unsere Praxisabläufe zu optimieren und zu vereinfachen.  
Dürfen wir Ihnen Ihre Rechnungen per Email senden?  
 ja  nein
2. Um Mißverständnissen bei der Terminvergabe vorzubeugen, können wir Ihnen eine Terminerinnerung senden?  
 ja,  SMS  nein  
 Email
3. Unser halbjähriges/ vierteljähriges Recall-System (Vorsorgeuntersuchung) wird von vielen unserer Patienten seit vielen Jahren geschätzt.  
Möchten Sie diesen Praxisservice nutzen?  
 ja,  SMS  nein  
 Email
4. Im Laufe des Jahres werden von uns auch Praktikanten aus Mainburger Schulen beschäftigt.  
Dürfen Praktikanten bei Ihrer Behandlung anwesend sein?  
 ja  nein
5. Eine häufige notwendige Routinebehandlung zur Schmerzausschaltung ist die Leitungsanästhesie im Unterkiefer. Es können dabei in seltenen Fällen Irritationen des Unterkiefer nervs auftreten.  
Eine alternative Schmerzausschaltung ist das Einbringen des Anästhetikums in die Zahnfleischtasche (intraaligamentäre Anästhesie).  
Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Behandler.
6. Wir sind dankbar für Ihre Anregungen:

---

Datum

---

Unterschrift