



drsusanneberger

praxis für sanfte zahnmedizin

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Um Ihnen die optimale medizinische Betreuung zukommen lassen zu können bitten wir Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf zahnärztliche Behandlungen haben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnarztpraxis Dr. Susanne Berger

### Persönliches

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ Plz, Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ Tel. Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Versicherung / Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherung gesetzlich  pflicht  freiwillig  Zusatz  
Versicherung privat  vollversichert  Beihilfe  Standardtarif

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung  Zeitschrift  Internet  Sonstige

Wir sind bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des Formulars benötigen, dann helfen wir Ihnen gerne weiter.

### Mundgesundheitsituation

Sind Sie mit der Stellung, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein  
Haben Sie irgendwann Beschwerden wenn sie kauen?  ja  nein  
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?  ja  nein  
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Zahnfleischbluten? Zahnfleischrückgang?  ja  nein  
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein  
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?  ja  nein  
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrbereich?  ja  nein  
Leiden Sie unter Kopf- oder Nackenschmerzen?  ja  nein  
Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?  ja  nein  
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt?  ja  nein  
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?  ja  nein  
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann?  ja  nein  
Hatten Sie nach einem Unfall Beschwerden im Kopf- oder Nackenbereich?  ja  nein  
Hatten Sie eine Operation im Kopfbereich?  ja  nein  
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Was wurde gemacht?

bitte wenden ...

## Allgemeine Gesundheitsinformation

Auf Sie zutreffendes bitte ankreuzen:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher/niedriger Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung  | <input type="checkbox"/> Hepatitis              |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung       | <input type="checkbox"/> Tuberkulose     | <input type="checkbox"/> Osteoporose     | <input type="checkbox"/> HiV                    |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung-Dialyse    | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lähmungen       | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie           |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten    | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe            |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen     | <input type="checkbox"/> Schnarchen      | <input type="checkbox"/> Epilepsie       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen _____ |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Allergien _____             |  |  |   |

## Medikamenteneinnahme

- Herzmedikamente: \_\_\_\_\_
- Cortison: \_\_\_\_\_
- Antidepressiva: \_\_\_\_\_
- Blutverdünnende Mittel: \_\_\_\_\_
- Bisphosphonate: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

## Für unsere Patientinnen

Sind Sie Schwanger?  ja  nein Wenn ja welche Woche? \_\_\_\_\_

## Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt

Wie fühlen Sie sich bei dem Gedanken, Sie müssen zum Zahnarzt?

- Entspannt  unruhig  angespannt  ängstlich  krank vor Angst

## Wünschen Sie ...

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| eine beruhigende Sedierung mittels Lachgas während der Behandlung?<br>(Sie bleiben wach und sind danach rasch wieder verkehrstüchtig) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| eine besonders intensiven Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| einen Allergie- bzw. Unverträglichkeitstest auf zahnärztl. Werkstoffe vor Ihrer Behandlung?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| unseren Service, der Sie an Ihre Vorsorge per Post oder E-Mail erinnert?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten