



# DrSusanneBerger

ZAHNMEDIZIN • VORSORGE • ÄSTHETIK

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

Zusatzversicherung  ja  nein

Versicherung privat  vollversichert  Beihilfe  Basistarif

Pflegebedürftigkeit  Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  
 Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

Gesetzlicher Vertreter?  ja  nein

Wenn ja, Name und Anschrift \_\_\_\_\_

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

*bitte wenden ...*

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Was wurde gemacht?

---

---

---

### Allgemeine Gesundheitsinformation

Auf Sie zutreffendes bitte ankreuzen:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck          | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung  | <input type="checkbox"/> Hepatitis              |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck      | <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"/> Blutgerinnungsstörung    | <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 ...

unseren Service, der Sie an Ihre Vorsorge per Post oder per E-Mail erinnert?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten