

Familiennamen:

Vorname:

Pronomen:

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort:

Tel.-Nr. privat:

beruflich:

mobil:

E-Mail-Adresse:

Geburtsdatum:

Beruf:

Arbeitgeber:

versichert:

☐ gesetzlich ☐ privat ☐ beihilfeberechtigt ☐ zahnzusatzversichert

Name der Versicherungsgesellschaft:

Sind Sie über jemand anderen versichert?

Versicherten Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Wann erreichen wir Sie am besten?

☐ vormittags

☐ nachmittags

Wie / durch wen wurden Sie auf ZAHNHEILKUNDE LINDENTHAL aufmerksam?

Wie können wir Sie am besten an Ihren Vorsorgetermin erinnern (Recall)?

☐ per E-Mail

☐ per Post

☐ danke, ich denke selbst daran

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte bis spätestens 24h vorher ab. Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Terminabsage, so müssen wir Ihnen leider ein Ausfallhonorar für die für Sie reservierte Zeit in Rechnung stellen (§615 Satz 1 BGB). Unverschuldete Terminversäumnisse werden selbstverständlich nicht berechnet. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Datum:

Unterschrift:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit. Beachten Sie bitte zudem, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Liebe Patient*innen,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis ZAHNHEILKUNDE LINDENTHAL begrüßen zu dürfen! Um Ihren Besuch bei uns so angenehm wie möglich gestalten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Wir bitten Sie daher, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen beim Ausfüllen haben, helfen wir sehr gerne weiter.

Leiden (litten) Sie an Erkrankungen der / des:

Herzens oder Kreislaufs	☐ ja ☐ nein
Leber	☐ ja ☐ nein
Nieren	☐ ja ☐ nein
Schilddrüse	☐ ja ☐ nein
Magen-Darm-Traktes	☐ ja ☐ nein
Gelenke (Rheuma/ Arthritis)	☐ ja ☐ nein

Haben (hatten) Sie:

hohen Blutdruck	☐ ja ☐ nein
niedrigen Blutdruck	☐ ja ☐ nein
Herzschrittmacher/ Herzklappenersatz	☐ ja ☐ nein
Diabetes	☐ ja ☐ Typ ☐ nein
Tinnitus	☐ ja ☐ nein
Epilepsie	☐ ja ☐ nein
Grünen/ grauen Star	☐ ja ☐ nein



Asthma	o ja	o nein
Tuberkulose	o ja	o nein
Osteoporose	o ja	o nein
HIV (Aids)	o ja	o nein
Hepatitis	o ja, Typ A	B C o nein

Haben Sie Allergien?

o ja, gegen _____ o nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

o Herzmedikamente (Kortikoide)	o Cortison
o Schmerzmittel	o Antidepressiva
o gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Markumar/ ASS)	o Bisphosphonate
o andere Medikamente _____	

Haben Sie sonstige Erkrankungen?

Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt?

Rauchen Sie?

☐ ja, _____ Stück/ Tag

☐ nein

Für unsere Patientinnen: Erwarten Sie ein Baby? Wenn ja, welche Woche?

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

Datum:

Unterschrift:

Wie schätzen Sie Ihre Mundgesundheit (Zähne und Zahnfleisch) ein?

- ☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend

Welche Mittel verwenden Sie für Ihre häusliche Mundhygiene?

☐ Handzahnbürste	☐ weich ☐ mittel ☐ hart	☐ Kunststoffborsten ☐ Naturborsten
☐ elektrische Zahnbürste		
☐ Mundwasser (Marke)		
☐ Zahnpasta (Marke)		
☐ Zahnseide	☐ gewachst	☐ ungewachst
☐ Zahnzwischenraumbürstchen		
☐ Prothesenreiniger		
☐ Zungenreiniger		
☐ sonstiges		

Ist Ihnen der Nutzen der professionellen Zahnreinigung (PZR) bekannt?

- ☐ ja ☐ nein

Welche Wünsche führen Sie zu uns?

- ☐ Routinekontrolle
☐ Schmerzbehandlung
☐ Beratung, welches Thema?
☐ Zweitmeinung
☐ Professionelle Zahnreinigung

Können Sie uneingeschränkt kauen und beißen?

☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Heiß-Kalt-Empfindlichkeit?

☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder Essen schon mal geblutet?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie fehlende Zähne, die Sie gerne ersetzt hätten?

☐ ja ☐ nein

Möchten Sie Füllungen aus gesundheitlichen Gründen ersetzen?

☐ ja ☐ nein

Ist Ihr Mund manchmal unangenehm trocken?

☐ ja ☐ nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen?

☐ ja ☐ nein

Verspüren Sie manchmal einen Metallgeschmack?

☐ ja ☐ nein



Schnarchen Sie?

- ☐ ja ☐ nein

Wie gefallen Ihnen Ihre Zähne?

- ☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend

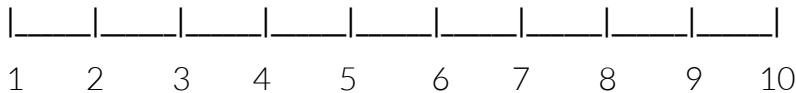
Wünschen Sie sich Ihre Zähne:

- ☐ heller
☐ gerader
☐ natürlicher im Aussehen bei Zahnersatz oder Füllungen
☐ kompletter: Lücken sollen geschlossen werden.

Auf einer Skala von 1-10, wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe?

sehr unzufrieden

sehr zufrieden



Haben Sie gelegentlich mit Mundgeruch zu kämpfen?

- ☐ ja ☐ nein

Trinken Sie täglich Kaffee, schwarzen Tee oder Rotwein?

- ☐ ja ☐ nein

Lächeln und lachen Sie uneingeschränkt?

- ☐ ja ☐ nein

Vielen Dank!
Ihr ZAHNHEILKUNDE LINDENTHAL Team