



Zahnmedizin seit 1988

Dr. Konrad Wimmer & Dr. Stephan Wimmer

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Anliegen bemühen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches:

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

Mobil: _____ E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Gesetzlich versichert: ☐ ja ☐ nein

privat versichert: ☐ ja ☐ nein

Basistarif: ☐ ja ☐ nein

Zusatzversicherung: ☐ ja ☐ nein

beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein

Kostenerstattung: ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Dürfen wir Ihnen Ihre vereinbarten Termine bestätigen? (Erfolgt 3 Tage vor dem Termin, möglich per E-Mail oder SMS) ☐ ja ☐ nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____

Gesundheitsfragebogen

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- | | |
|---|--|
| ☐ Routinekontrolle | ☐ neuen Zahnersatz |
| ☐ Beratung | ☐ zweite Meinung |
| ☐ Schmerzbehandlung | ☐ andere Gründe: |

Haben Sie akute Schmerzen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- ☐ Dauerschmerz
- ☐ Zähne reagieren auf süß/kalt
- ☐ Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- ☐ Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- ☐ Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch
- ☐ Kieferschmerzen/Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des...

- | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislauf | ☐ ja | ☐ nein |
| Leber | ☐ ja | ☐ nein |
| Nieren | ☐ ja | ☐ nein |
| Schilddrüse | ☐ ja | ☐ nein |
| Magen-Darm-Traktes | ☐ ja | ☐ nein |

Haben oder hatten Sie...

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|---|
| hohen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| niedrigen Blutdruck | ☐ ja | ☐ nein |
| Diabetes | ☐ ja | ☐ nein |
| Osteoporose | ☐ ja | ☐ nein |
| Epilepsie | ☐ ja | ☐ nein |
| Tuberkulose | ☐ ja | ☐ nein |
| HIV (Aids) | ☐ ja | ☐ nein |
| Hepatitis | ☐ ja | ☐ nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | ☐ A | ☐ B ☐ C |
| Allergien | ☐ ja | ☐ nein |
- wenn ja, wogegen?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n...

- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Herzrhythmusstörung

Welche Medikamente nehmen Sie?

- ☐ Herzmedikamente ☐ Schmerzmittel
- ☐ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, Eliquis, Xarelto
- ☐ Bisphosphonate ☐ Antidepressiva
- ☐ sonstige Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Woche?

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ☐ ja ☐ nein
- Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnästhetik zufrieden? ☐ ja ☐ nein
- Ihre Mundgesundheit ist und wichtig. Dürfen wir Sie in unser Recall-Programm aufnehmen? ☐ ja ☐ nein

Fragen/Anmerkungen:

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Weiter verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____