



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht in unserer Praxis.

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie . . .

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> eine Routinekontrolle?        | <input type="checkbox"/> eine einfache Schmerzbehandlung?    |
| <input type="checkbox"/> eine gründliche Untersuchung? | <input type="checkbox"/> eine grundlegende Amalgamsanierung? |
| <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz?             | <input type="checkbox"/> eine Beratung?                      |
| <input type="checkbox"/> andere Gründe:                |  |
- 

Ja Nein

## Informationen

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Möchten Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm (Kariesvorsorge) informiert werden? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Möchten Sie über eine Behandlung in Hypnose informiert werden?                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Möchten Sie Näheres über eine moderne Laserbehandlung erfahren?                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?       |

## Fragen zum Kiefergelenk

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzen Ihre Kiefergelenke oder machen sie Geräusche?                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen bei weitem Mundöffnen, Gähnen o.Ä.? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reiben oder pressen Sie gelegentlich Ihre Zähne zusammen?                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen?                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule/den Schultern?                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Werden Sie zurzeit orthopädisch behandelt?                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Werden Sie zurzeit mit Krankengymnastik behandelt?                         |

## Hinweis zur Organisation.

Wir sind eine Bestellpraxis. Das heißt, wir reservieren, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie persönlich. Dies erspart Ihnen unnötige, lange Wartezeiten, und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden entsprechend der versäumten Zeit in Rechnung gestellt.

Datum/Unterschrift

Patient/Versicherter

---

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Ivo Pfütz

Am Kurpark 8, 35619 Braunfels  
Tel.: 0 64 42 - 44 43, Fax: 0 64 42 - 44 53  
www.dr-pfuetz.de, praxis@dr-pfuetz.de

Lasertypografie Hypnose Implantatprothetik Dentallabor



Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Bitte beachten Sie, dass diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns zwar gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Name / Vorname geb. am

Versicherter: Name / Vorname geb. am

Tel. /Mobil Anschrift

Hausarzt: Name Anschrift

## Wegen welcher Krankheit wurden oder werden Sie behandelt?

Ja Nein

- Herzerkrankungen**
- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher
- Kreislaufferkrankungen**
- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt, wann? \_\_\_\_\_
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
- Ohnmachtsanfälle
- Stoffwechselerkrankungen**
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Erkrankungen des Nervensystems**
- epileptiforme Anfälle / Krämpfe
- Bluterkrankungen**
- Blutungsneigungen (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)
- Allergien**
- Ekzeme
- Penicillin-Überempfindlichkeit
- Asthma
- Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Überempfindlichkeit gegen \_\_\_\_\_

Ja Nein

- Infektionskrankheiten**
- Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A oder B)
- Tuberkulose
- chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.
- \_\_\_\_\_
- Aids, HIV-positiv
- Immunsystem**
- Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?  
Wenn ja, welchen?
- \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen**
- \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?
- \_\_\_\_\_
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?
- \_\_\_\_\_
- Weitere Angaben**
- Sind oder waren Sie drogenabhängig?
- Sind Sie frisch operiert, wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? \_\_\_\_\_
- Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft?
- Sind Sie schwanger? (Wenn ja in welchem Monat?) \_\_\_\_\_
- Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?