



Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
Fax _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
Fax _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse Name _____

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversichert
 vollversichert Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per SMS

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Implantologie Parodontitisbehandlung
 individuelles Prophylaxeprogramm Zahnästhetik Amalgamsanierung Wurzelbehandlung
 Zahnfehlstellungsregulierung Kariesrisikobestimmung Mundhygieneartikel Bleaching (Zahnaufhellung)
 Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet auf Empfehlung von _____
 andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.dr-thurm-meyer.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____



Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____

Grund Ihres Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> überempfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken | <input type="checkbox"/> Zahnverfärbungen | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Zahnlockerungen |
| <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen Sie Bisphosphate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? nein ja

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja Haben Sie Asthma? nein ja

Herz- und Kreislauferkrankungen nein ja

- | | |
|--|---|
| Herzschwäche (Insuffizienz) <input type="checkbox"/> | Herzklappenersatz/Herzfehler <input type="checkbox"/> |
| Unregelmäßiger Herzschlag <input type="checkbox"/> | Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> |
| Herzasthma, Angina Pectoris <input type="checkbox"/> | Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt <input type="checkbox"/> |

Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen nein ja

Lebererkrankung Schilddrüsenerkrankung

Zuckerkrankheit (Diabetes) Sonstiges _____

Infektionskrankheiten nein ja

Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...) ja Tuberkulose ja

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja

Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? _____

Bluterkrankung nein ja

Blutungsneigung (Hämophilie) ja Blutarmut (Anämie) ja

Sonstiges? _____

Nutzen Sie unser Angebot im Internet, wenn Sie mehr wissen möchten über Zähne, Zahnerkrankungen oder Vorsorge-
maßnahmen...

Erkrankung des Nervensystems nein ja

Epileptische Anfälle ja Krämpfe ja

Psychosomatische Erkrankungen ja Ohnmachtsanfälle ja

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja

Sonstiges? _____

Magen- / Darmerkrankungen nein ja

Wenn ja, _____

Nierenerkrankungen nein ja

Wenn ja, _____

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie nein ja

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Drogen nein ja

Drogenabhängigkeit ja

Nikotinabhängigkeit ja

Alkoholabhängigkeit ja

Haut-, oder Schleimhauterkrankungen nein ja

Herpes ja

Candida Infektionen ja

Lichen planus ja

Urogenitaltrakt- Erkrankungen nein ja

Blase ja

Nieren ja

Unterleib ja

Prostatahypertrophie ja

Erkrankungen der Atemwege nein ja

Strinhöhle ja

Kiefernhöhle ja

Mandeln ja

Lunge ja

Augenerkrankungen nein ja

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? ja

Ohrenerkrankungen nein ja

Wenn ja, _____

Knochenerkrankungen nein ja

Wenn ja, _____

Operationen/ Verletzungen nein ja

Wenn ja, _____

Ess-Störungen nein ja

Bulimie (Ess-Brechsucht) ja

Sonstige Ess-Störungen _____

Privater oder beruflicher Stress nein ja

Wenn ja, _____

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? nein ja

Hausarzt / Heilpraktiker _____ Facharzt _____

Straße / Nr. _____ Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____ Telefon _____

E-Mail _____ E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____

