



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](http://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? \_\_\_\_\_

**bitte wenden >>**



## 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)  Herzklappenersatz/Herzfehler

Unregelmäßiger Herzschlag  Hoher Blutdruck

Herzasthma, Angina Pectoris  Niedriger Blutdruck

Herzschrittmacher  Herzinfarkt

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 \_\_\_\_\_

