

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ihre Kristin Tresko, Dr. Mirja Schulz & Team**

**PERSÖNLICHES**

m  w

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil	
E-Mail		Beruf, Arbeitgeber	
Name des Hausarztes	Straße	PLZ, Ort	Telefon

Pflegegrad (falls vorhanden): **1**  **2**  **3**  **4**  **5**

**VERSICHERUNG**

Krankenkasse  
 Gesetzlich versichert  Privat versichert  Zusatzversicherung

**Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

**IM BETREUUNGSFALL**

Betreuer des Patienten	Telefon	Straße	PLZ, Ort
Der Patient ist unterschriftsberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

Persönliche Empfehlung  Im Vorbeigehen  Anzeige  Internet  Überweisender Arzt

Kristin Tresko & Dr. Mirja Schulz . Zahnärztinnen . Wietsahlsweg 1 . 29559 Wrestedt . Telefon (05802) 4991 . Telefax (05802) 236

**ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION**

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

---

Asthma, Lungenerkrankung (COPD, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

---

Sonstige Erkrankungen:

---



---

**Infektionskrankheiten:**

	ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		

---

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja  nein

wenn ja, welche:

Herzmedikamente: \_\_\_\_\_

Cortison: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

Blutverdünnende Medikamente  
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin, Xarelto): \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeit (z.B. Penicillin)  ja  nein

wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

Sonstige:

---

Rauchen Sie?

ja  nein

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

ja  nein

wenn ja, welche Woche:

\_\_\_\_\_

**MUNDGESUNDHEITSSITUATION**

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung       | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____  |   |

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig viertel-/halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wir bitten Sie, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift