

## Begrüßungsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer zahnärztlichen Praxis für ganzheitliche Zahnmedizin. Um Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen zu lassen, benötigen wir einige Informationen. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden und eine optimale und schonende Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten. **Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht!**

**Personendaten:** Sie kommen zu uns: Kontrolle  Notfall  umfassenden Beratung  d. Überweisung

Name, Vorname Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname Versicherter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_ 1 – 5

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung:

Bei Privatversicherung: Beihilfe  Standardtarif  Basistarif:

Hauszahnarzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung  Internet  Sonstiges

Gesundheitsdaten:

Ja	Nein	<b>Allgemeinmedizinische Anamnese:</b>
		Waren Sie im letzten Jahr im Krankenhaus?
		Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? Haben Sie einen Medikationsplan? _____
		Bluten Sie lange nach einer Verletzung? ASS/Aspirin <input type="radio"/> Marcumar <input type="radio"/> Xarelto <input type="radio"/>
		Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten täglich? _____
		Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche? _____

Ja	Nein	<b>Hatten Sie jemals?</b>
		Ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? Z. B. Penicilin, Jod etc.
		Asthma ?
		Allergien ? Welche ? _____ Jod <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/>
		Herzerkrankungen / Kreislaufstörungen ? Hyperthonie ?
		Rheuma ? Osteoporose ?
		Diabetes ? Zucker ?
		Atemwegserkrankungen ? Welche ? _____
		Nierenerkrankungen ?
		Infektiöse Erkrankungen ? TBC, HIV, AIDS, Hepatitis A, B, C

Ja	Nein	<b>Zahnärztliche Anamnese</b>
		Haben Sie Beschwerden an den Zähnen? Wo?
		Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch? Wo?
		Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?
		Empfinden Sie das Aussehen ihrer Zähne als Problem?
		Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk, Hals- oder Schulterschmerzen?
		Benutzen Sie außer Zahnbürste /Zahnpasta noch andere Mundhygieneprod.?
		Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_