



Lieber/Liebe Patient\*in, schön, dass Sie bei uns sind. Für eine bestmögliche Betreuung bitten wir Sie die folgenden Angaben zu vervollständigen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Angaben zum/zur Patient\*in

Name, Vorname



Anschrift

Geburtstag, Geburtsort

E-Mail-Adresse

Telefon, Mobil

Hausarzt

### Angaben zum/zur Hauptversicherten/Rechnungsempfänger\*in

Name, Vorname



Anschrift

Krankenkasse

Versicherungsstatus

**privat versichert:**

Beihilfe  Basistarif  Vollversichert

**gesetzlich versichert:**

Pflichtversichert  Freiwillig versichert

Mit priv. Zusatzversicherung

Bonusheft

ja  nein

Pflegegrad oder

Wiedereingliederungshilfe

1  2  3  4  5

### Angaben zum Gesundheitszustand

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Falls ja, welche?

Wir bitten um Angaben aller Medikamente, die Sie einnehmen (bei vorliegendem Medikamentenplan machen wir gerne eine Kopie).

**Rauchen Sie?**  ja  nein Wenn ja: Anzahl Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

**Regelmäßiger Alkoholkonsum?**  ja  nein

**Sonstige Rauschmittel?** \_\_\_\_\_

### Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?

Schmerzen im Kiefergelenk  Schmerzen/Muskelskater der Kaumuskulatur

Funktionseinschränkung bei Mundöffnung  andere: \_\_\_\_\_

### Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahngesundheit / Lächeln?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

[1 = gar nicht zufrieden, 10 = sehr zufrieden]

Datum

**Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Gesundheitsstörungen und Risikofaktoren (falls zutreffend, bitte ankreuzen)**

#### Herz-Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen

Bluthochdruck  Herzklappenersatz  Herzklappenfehler

Herzrhythmusstörung  Stents  andere: \_\_\_\_\_

**Herzschrittmacher- /Defibrillator – Implantation**

**Asthma / chronisch obstruktive Lungenerkrankung / andere Atemnot**

**Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung**

Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten?  
[Bsp. ASS, Marcumar]

**Diabetes mellitus**  Insulinpflichtig?

**Grüner Star (Glaukom)**

#### Infektionserkrankungen

Gelbsucht/Hepatitis  Tuberkulose/Tbc  HIV/AIDS

**Operationen im letzten Jahr**

**Krebserkrankungen**  akut  durchlaufen (Jahr: \_\_\_\_\_)

**Therapie mit Bisphosphonaten**

wenn ja:  Tabletten  intravenöse Gabe mit Zeitangabe

#### Erkrankungen mit Krampfanfällen

Epilepsie  Stress- oder Angstbasierte Krampfanfälle  andere

**Depression oder Angststörung**  **Angstpatient\*in**

**Vegetarische/vegane Ernährung**  **Schwangerschaft**

**Allergien** Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Lebererkrankung**  **Schilddrüsenerkrankung**

**Gelenkerkrankungen**

**Nierenerkrankung**  Dialyse  andere: \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen** \_\_\_\_\_

### Individuelle Anliegen und Beratungsinteresse

Kontrolluntersuchung  Prophylaxe  Zahnaufhellung

Ästhetikberatung  Zahnersatz  Schmerzen

**Dürfen wir Rechnungen per E-Mail versenden?**  ja  nein

**Möchten Sie an die halbjährlichen Kontrolluntersuchungen erinnert werden?**  ja  nein

**Möchten Sie über Doctolib Terminerinnerungen erhalten?**  ja  nein

Unterschrift