



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 _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

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

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversichert basistarifversichert

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? _____

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

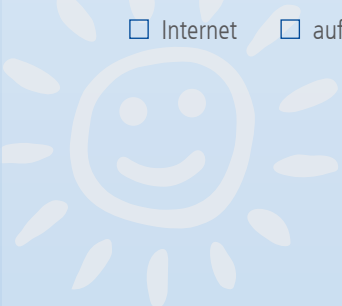
Wenn ja, dann ... per E-Mail per SMS per Postkarte

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 _____



Sie und Ihre Zahngesundheit stehen im Mittelpunkt unserer Tätigkeit.



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

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

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

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, Aufputz- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen/ Nahmen Sie Bisphosphonate 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

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

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

- | | | | |
|----------------------------|---|------------------------|---|
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Sonstiges _____ | |

Infektionskrankheiten

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|
| Leberentzündung (Hepatitis A/B/...) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ | |

Bluterkrankung

- | | | | |
|------------------------------|---|--------------------|---|
| Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Blutarmut (Anämie) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstiges? _____ | | | |

Sie und Ihre Zahngesundheit stehen im Mittelpunkt unserer Tätigkeit.



Erkrankung des Nervensystems

- Epileptische Anfälle nein ja
Psychosomatische Erkrankungen nein ja
Nehmen Sie Aufputsch- oder
Beruhigungsmittel? nein ja

Magen- / Darmerkrankungen

- Erkrankter Magen- und Darmtrakt nein ja

Tumorerkrankungen

- z.B. Bisphosphonat-Therapie nein ja

Drogen

- Drogenabhängigkeit nein ja
Nikotinabhängigkeit nein ja

Ess-Störungen

- Bulimie (Ess-Brechsucht) nein ja
Sonstige Ess-Störungen _____

Augenerkrankungen

- Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? nein ja

Ärztliche Behandlung

- Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?
Hausarzt / Heilpraktiker _____
Straße / Nr. _____
Postleitzahl / Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

- Krämpfe nein ja
Ohnmachtsanfälle nein ja

Sonstiges? _____

Nierenerkrankungen

- Erkrankte Niere nein ja

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

- Alkoholabhängigkeit nein ja

Röntgen

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-
Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

- nein ja
Facharzt _____
Straße / Nr. _____
Postleitzahl / Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

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

Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____

