

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. Das Beantworten unserer Fragen ist freiwillig. 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 \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

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

### Krankenkasse Name \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  Zusatzversichert  
 vollversichert  Standardtarif (1,7fach)  Anspruch auf Beihilfe

Haben Sie einen Pflegegrad?  ja welchen? \_\_\_\_\_  nein  
 Erhalten Sie Eingliederungshilfe?  ja  nein

### Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

überempfindliche Zähne  Zähneknirschen  Zahnschmerzen  Zahnfleischbluten  
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken  Zahnverfärbungen  Mundgeruch  Zahnlockerungen  
 häufige Kopfschmerzen / Migräne  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie Medikamente im Zusammenhang mit Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein?  nein  ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### 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)  nein  ja Herzklappenersatz/Herzfehler  nein  ja  
 Unregelmäßiger Herzschlag  nein  ja Hoher Blutdruck  nein  ja  
 Herzasthma, Angina Pectoris  nein  ja Niedriger Blutdruck  nein  ja  
 Herzschrittmacher  nein  ja Herzinfarkt  nein  ja  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

### Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung  nein  ja Schilddrüsenerkrankung  nein  ja  
 Zuckerkrankheit (Diabetes)  nein  ja Sonstiges \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...)  nein  ja Tuberkulose  nein  ja  
 Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?  nein  ja

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?  nein  ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

#### Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)  nein  ja

Sonstiges? \_\_\_\_\_

Blutarmut (Anämie)  nein  ja

#### Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle  nein  ja

Psychosomatische Erkrankungen  nein  ja

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  nein  ja

Krämpfe  nein  ja

Ohnmachtsanfälle  nein  ja

Sonstiges? \_\_\_\_\_

#### Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt  nein  ja

#### Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere  nein  ja

#### Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

#### Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?

nein  ja

#### Drogen

Drogenabhängigkeit  nein  ja

Nikotinabhängigkeit  nein  ja

Alkoholabhängigkeit  nein  ja

#### Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht)  nein  ja

Sonstige Ess-Störungen \_\_\_\_\_

#### Röntgen

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

#### 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 \_\_\_\_\_

nein  ja

Facharzt \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_\_

#### Information KI-Dokumentation

Während Ihrer Behandlung bei uns: Wir arbeiten mit einem KI-gestützten Tool zur Erfassung von Behandlungsdokumenten.

Dazu zeichnen wir gelegentlich Patientengespräche auf. Wir weisen Sie im Vorfeld auf die

Aufzeichnung hin und bitten um Ihr Einverständnis. Es werden keine Patientennamen oder

Geburtsdaten verwendet. Das Tool arbeitet mit sog. pseudoanymisierten Daten.

nein  ja

#### Einverständniserklärung elektronische Patientenakte

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Zahnarztpraxis meine

elektronische Patientenakte (ePA) im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung nutzen darf

nein  ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit! Eine Erklärung zum Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unserer Praxis bereit.

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_