



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Zahnarztpraxis Doreen Wilhelm, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### Persönliche Angaben

Titel: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße | Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ | Ort: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_  
Telefon beruflich: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse | Versicherung

Privat versichert:  Basistarif  Standardtarif  
Gesetzlich versichert:  Freiwillig  Pflichtversichert  
 Beihilfeberechtigt  Zahnzusatzversicherung

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße | Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ | Ort: \_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihrer Gesundheit:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Asthma  ja  nein  
Allergien  ja  nein  
Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  
Herz- u. Kreislaufstörungen  ja  nein  
Herzfehler  ja  nein  
Herzinfarkt  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Zahnfleischbluten  ja  nein  
Ohrensausen/Tinnitus  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Grüner Star  ja  nein  
Leber  ja  nein  
Nieren  ja  nein  
Schilddrüse  ja  nein  
Immunsuppression  ja  nein  
Magen-Darm-Trakt  ja  nein  
Gelenke (Rheuma)  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein  
Endokarditisprophylaxe  ja  nein  
Schlaganfall  ja  nein  
Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen  ja  nein

Bitte wenden

## Welche Medikamente nehmen Sie?

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva
- Blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar® oder ASS
- Bisphosphonate
- Schmerzmittel
- Schilddrüsenmedikamente

Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?

---

---

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen  
Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

- ja  nein Wenn ja, gegen welche?

---

---

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

- ja  nein Wenn ja, welche Woche?

---

---

Rauchen Sie?

- ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

---

Wichtige Informationen für Sie:

- Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.
- Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Vorsorge-System aufzunehmen. Wünschen Sie dies?  
 ja  nein
- Modelle, die wir von Ihnen herstellen unterliegen dem Datenschutz. Dürfen wir diese an unser Deutsches Meisterlabor weiterleiten?  
 ja  nein

Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor der nächsten Behandlung mit.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Std. zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort, Datum

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

## Infektionskrankheiten

- Hepatitis
- Tuberkulose
- Creutzfeldt-Jakob (CJK)
- Varianten von Creutzfeldt-Jakob (vCJK)
- Andere nicht aufgeführte Infektionskrankheiten:
- AIDS
- MRSA (Krankenhauskeim)

---

---

## Zu Ihrer Zahngesundheit

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen?  ja  nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch?  ja  nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  ja  nein
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein
- Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?  ja  nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch?  ja  nein
- Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Bestehen Unfallverletzungen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?

- ja  nein Wenn ja, welche?

---

---

Unterschrift