



## Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Für unsere Verwaltung benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person, die wir Ihrer persönlichen Karteikarte anfügen werden.

**Zahnmedizin Neckarsulm**

Bahnhofplatz 6, 74172 Neckarsulm

**Businesspraxis im Parkhaus**

Stiftsbergstraße 1, 74172 Neckarsulm

Telefon 07132 7480, Telefax 07132 37518

info@zahnmedizin-neckarsulm.de

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008

## Kontaktdaten

### Patient

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

### Versicherter

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

### Anschrift

.....  
Straße Nr.

.....  
Postleitzahl Ort

Tel. privat ..... Mobil .....

Tel. geschäftlich .....

E-Mail .....@.....

Krankenkasse/  
Krankenversicherung

.....

Sind Sie an unserem halbjährlichen Erinnerungsdienst (RECALL) interessiert? (Optionale Angabe)

Ja, bitte per E-Mail  Brief  Nein

Dürfen wir Sie an Ihre Termine in unserer Praxis erinnern? (Optionale Angabe)

Ja, bitte per E-Mail  SMS  Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? (Optionale Angabe)

Freunde/Bekannte/Familie  Internet/Website  Jameda   
Google  Sonst.

**Bitte Rückseite (Gesundheitsbogen) beachten ⇒**

## Gesundheitsbogen – allgemein Blatt 1

Da auch Allgemeinerkrankungen auf die zahnärztliche Behandlung Auswirkungen haben, bitten wir Sie die folgenden Fragen sehr aufmerksam durchzulesen und zu beantworten. Wir können dadurch die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand entsprechend anpassen.

Hausarzt:

.....  
Name

.....  
Anschrift

.....  
Telefon/Telefax

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

ja

nein

Grund der Behandlung:

.....

In welchem Jahr war Ihre letzte **allgemeinärztliche** Kontrolluntersuchung?

(Optionale Angabe)

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja

nein

Medikamente zur „Blutverdünnung“

ASS100  Marcumar

Andere:

.....

Psychopharmaka:

ja

nein

Weitere

Medikamente:.....

**Rauchen Sie?**

**Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag?**

.....

Besteht eine Schwangerschaft?

ja

nein

**Herz/Kreislauf:**

Herzinfarkt, Angina pectoris ?

ja

nein

Hoher Blutdruck?

ja

nein

Niedriger Blutdruck?

ja

nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja

nein

Sonstige Herz- Kreislaufferkrankungen ?

.....

## Gesundheitsbogen – allgemein Blatt 2

### Stoffwechsel:

- Zucker (Diabetes)? ja  nein
- Schilddrüse - Überfunktion ja  nein
- Schilddrüse - Unterfunktion ja  nein
- Magen - Darm ? ja  nein
- Sonstige Stoffwechselerkrankungen? ja  nein
- .....

### Bluterkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen ? ja  nein
- Sonstige Bluterkrankungen ? ja  nein
- .....

### Infektionserkrankungen:

- Leber (Hepatitis) ? ja  nein
- AIDS, HIV-positiv? ja  nein
- Sonstige Infektionskrankheiten ? ja  nein
- .....

### Allergien/Überempfindlichkeiten:

- Arzneimittel/Anästhetika ? ja  nein
- Falls ja, auf welche Medikamente ja  nein
- .....
- Asthma ? ja  nein
- Sonstige Allergien? ja  nein
- .....
- Allergiepass vorhanden ? ja  nein
- Wurden Sie in den vergangenen 5 Jahren operiert? ja  nein
- Falls ja, welche Körperregion und wann? ja  nein
- .....

Wurden Sie in den vergangenen 5 Jahren wegen einer bösartigen Erkrankung behandelt?

- ja  nein
- Falls ja, welche Erkrankung und wann? ja  nein
- .....

### Letzte Röntgenuntersuchung (außer Zähne):

.....

Körperteil Datum (Jahr)

## Gesundheitsbogen - zahnärztlich

Haben Sie herausnehmbaren/festsitzenden Zahnersatz? ja  nein

Falls ja, wann wurde er eingesetzt?  
.....

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihrer Zähne? ja  nein

**Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form ihrer Zähne,  
kurz mit ihrem Lächeln zufrieden?** ja  nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja  nein

Werden oder wurden Zähne locker? ja  nein

Bemerken Sie Verspannungen im Kieferbereich? ja  nein

Waren/sind sie in kieferorthopädischer Behandlung? ja  nein

Haben Sie bereits an Prophylaxeprogrammen teilgenommen?  
(Professionelle Zahnreinigung - PZR) ja  nein

**Name/Adresse der bisherigen Hauszahnarztpraxis:**

Anfertigung der letzten Röntgenbilder der Zähne oder des Kiefers:

Datum

**Wünschen Sie eine besondere Beratung über:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Individualprophylaxe | <input type="radio"/> Implantate        | <input type="radio"/> Hochwertiger Zahnersatz      |
| <input type="radio"/> Amalgamentfernung    | <input type="radio"/> Laserbehandlung   | <input type="radio"/> Kosmetische Zahnbehandlungen |
| <input type="radio"/> Endodontie           | <input type="radio"/> 3D-Röntgen (DVT)  | <input type="radio"/> CEREC Vollkeramik            |
| <input type="radio"/> Schnarcherschienen   | <input type="radio"/> Profi-Sportschutz |  |

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitsstand im Laufe der Behandlung ändert.  
Bitte beachten Sie, Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihr Reaktionsvermögen  
im Straßenverkehr beeinträchtigen!

**Informationen zur Erhebung meiner personenbezogenen Daten  
nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten  
(Diese liegen am Empfang für Jedermann ersichtlich aus)**

ja

.....  
Datum, Unterschrift

**Wir danken für Ihre Angaben!**