

IHRE DATEN

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon Mobil: _____

Telefon beruflich: _____ E-Mail: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Krankenkasse/-versicherung: _____

Gesetzlich versichert als: Mitglied Familienversicherter / mit Zusatzversicherung ohne Zusatzversicherung

Privat versichert Privat versichert mit Beihilfe Privat versichert im Basis-/Standardtarif

Falls familienversichert oder mitversichert, bitte Angabe des Hauptversicherten:

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

VORGESCHICHTE

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen: _____

Behandelnder Arzt: _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Reagieren Sie empfindlich/allergisch auf bestimmte Medikamente oder sind andere Allergien bekannt? Ja Nein

Ja, ich reagiere empfindlich/allergisch auf: _____

Leiden oder litten Sie unter nachfolgend genannten Krankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen.

Gelenk-Rheumatismus Lebererkrankungen Tuberkulose Herz- oder Kreislauferkrankungen

Epileptische Anfälle Asthma Diabetes Covid-19 (SARS-CoV-2)

Sonstiges: _____

Haben oder hatten Sie eine ansteckende Erkrankung (Hepatitis, HIV oder ähnliches)? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger Ja, in der ____ . Woche Nein

Wie würden Sie Ihren Schlaf bezeichnen? Gut Mittelgut Schlecht

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja:

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie regelmäßig? Seit ____ Jahren

Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? ____ Stück

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter: _____

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Name, Vorname des Patienten: _____ Geb.: _____

Name/Adresse des Hausarztes/Facharztes: _____

Wir würden Sie Ihre allgemeine Gesundheit einschätzen? Ausgezeichnet Gut Mittelmäßig Schlecht

Auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Wir bitten Sie deshalb, den folgenden Fragebogen aufmerksam durchzulesen und auszufüllen.

HABEN oder HATTEN Sie ...? (Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. zusätzliche Informationen ergänzen. Vielen Dank!)

<p>ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN</p> <p><input type="radio"/> Aspirin <input type="radio"/> Penicillin <input type="radio"/> Erythromycin <input type="radio"/> Tetracyclin <input type="radio"/> Sulfanomide <input type="radio"/> Lokalanästhesie <input type="radio"/> Jod <input type="radio"/> Nickel <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Chlorhexidin (CHX) <input type="radio"/> Andere: _____</p> <p>HERZ-/KREISLAUF</p> <p><input type="radio"/> Bypass <input type="radio"/> Stent <input type="radio"/> Herzschrittmacher (wann: _____) <input type="radio"/> Zustand nach Herzinfarkt <input type="radio"/> Herzinsuffizienz <input type="radio"/> Vorgeschichte einer infektiösen Endokarditis <input type="radio"/> Künstliche Herzklappen <input type="radio"/> Angina Pectoris <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen <input type="radio"/> Bluthochdruck <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck</p> <p>BLUTBILDENDES SYSTEM/GEFÄSSE</p> <p><input type="radio"/> Durchblutungsstörungen <input type="radio"/> Gerinnungsstörungen <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Thrombosen / Embolien <input type="radio"/> Anämie <input type="radio"/> Längeres Bluten bei kleinen Schnittwunden</p> <p>ATEMWEGE / LUNGE</p> <p><input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Chronische Bronchitis <input type="radio"/> Lungenentzündung, Sarkoidose, Emphysem <input type="radio"/> Schlafapnoe <input type="radio"/> Schnarchen</p> <p>LEBER</p> <p><input type="radio"/> Gelbsucht <input type="radio"/> Hepatitis (Typ: ____)</p>	<p>VERDAUUNGSSYSTEM</p> <p><input type="radio"/> Verdauungsprobleme (Sodbrennen, Reflux, Zöliakie) <input type="radio"/> Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür <input type="radio"/> Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, etc.) <input type="radio"/> Essstörung (Bulimie, Anorexie)</p> <p>STOFFWECHSEL / HORMONSYSTEM</p> <p><input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion <input type="radio"/> Hashimoto <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="radio"/> Kalziummangel <input type="radio"/> Nebenschilddrüsenenerkrankung <input type="radio"/> Diabetes mellitus (Typ: _____) <input type="radio"/> Hoher Cholesterinspiegel</p> <p>UROGENITALSYSTEM</p> <p><input type="radio"/> Dialysepflicht <input type="radio"/> Nierenerkrankung</p> <p>BEWEGUNGSAPPARAT</p> <p><input type="radio"/> Rheuma <input type="radio"/> Rheumatoide Arthritis <input type="radio"/> Gicht <input type="radio"/> Bandscheibenbeschwerden <input type="radio"/> Kopf- oder Halsverletzungen <input type="radio"/> Osteoporose, Osteopenie <input type="radio"/> Künstliche Gelenke (wenn ja, welche und seit wann: _____)</p> <p>NERVENSYSTEM</p> <p><input type="radio"/> Epilepsie, Krämpfe, Anfälle <input type="radio"/> Lähmungen <input type="radio"/> Depressionen <input type="radio"/> Angstzustände <input type="radio"/> Kopfschmerzen / Migräne</p>	<p>AUGEN</p> <p><input type="radio"/> Grauer Star <input type="radio"/> Grüner Star <input type="radio"/> Starke Einschränkung der Sehkraft</p> <p>ANDERES</p> <p><input type="radio"/> Viruserkrankung (z.B. Herpes, HIV/Aids, etc.) <input type="radio"/> Knoten oder Schwellungen im Mundbereich <input type="radio"/> Autoimmunerkrankung (z.B. Lupus, Sklerodermie) <input type="radio"/> Tumorerkrankung (welche: _____) <input type="radio"/> Chemotherapie/Bestrahlungstherapie <input type="radio"/> Psychiatrische Erkrankung (welche: _____) <input type="radio"/> Besteht derzeit eine Schwangerschaft? (wenn ja, in der _____. Woche)</p> <p><input type="radio"/> Andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen, Behinderungen, gesundheitliche Einschränkungen: _____</p> <p style="background-color: #FFD700; padding: 2px;">Medikamente, die Sie aktuell oder in den letzten 2 Jahren eingenommen haben:</p> <p><input type="radio"/> Gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Clopidogrel) <input type="radio"/> Herz/Kreislaufmedikamente <input type="radio"/> Cortison <input type="radio"/> Schilddrüsenmedikamente <input type="radio"/> Bisphosphonate <input type="radio"/> Schmerzmedikamente <input type="radio"/> Antidiabetika <input type="radio"/> Psychopharmaka <input type="radio"/> Anti-Baby-Pille</p> <p><u>Medikamentenliste (Bitte Medikamentenplan anfügen, falls vorhanden!):</u> _____ _____ _____ _____ _____</p>
--	--	---

Beschreiben Sie alle aktuellen Behandlungen/bevorstehenden Eingriffe, die sich auf Ihre zahnmedizinische Behandlung auswirken können:

BITTE TEILEN SIE UNS ÄNDERUNGEN IMMER UNVERZÜGLICH UND UNAUFGEFORDERT MIT! VIELEN DANK!

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter: _____

Unterschriftbehandelnder Zahnarzt: _____

ZAHNMEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Überwiesen/empfohlen von: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____ Wie lange waren Sie dort Patient? _____ Monate/Jahre

Wir würden Sie den Zustand Ihres Mundes einschätzen? Ausgezeichnet Gut Mittelmäßig Schlecht

Datum der letzten Untersuchungen: _____ Zeitpunkt der letzten Röntgenaufnahmen: _____

Datum der letzten Behandlung (außer Zahnreinigung): _____

Ich besuche meinen Zahnarzt alle: 3 Monate 6 Monate 12 Monate Nicht regelmäßig

Welches unmittelbare Anliegen haben Sie? _____

BEANTWORTEN SIE BITTE DIE FOLGENDEN FRAGEN MIT JA ODER NEIN:

JA NEIN

PERSÖNLICHE VORGESCHICHTE



- 1 Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr) = (____) _____
- 2 Hatten Sie eine negative Erfahrung beim Zahnarzt? _____
- 3 Hatten Sie in der Vergangenheit jemals Komplikationen nach einer zahnärztlichen Behandlung? _____
- 4 Ist es je vorgekommen, dass die Betäubung nicht gewirkt hat oder Sie negativ auf die Lokalanästhesie reagiert haben? _____
- 5 Hatten Sie jemals eine Zahnsperre, eine kieferorthopädische Behandlung oder wurde Ihr Biss korrigiert und in welchem Alter? _____
- 6 Wurden Ihnen Zähne entfernt? Fehlen Zähne durch Nichtanlage, Unfall oder Verletzungen? _____

ZAHNFLEISCH UND KNOCHEN



- 7 Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder wenn Sie Zahnseide verwenden? _____
- 8 Sind Sie je wegen Parodontose behandelt worden oder hat man je von Knochenschwund um die Zähne gesprochen? _____
- 9 Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt? _____
- 10 Gibt es in Ihrer Familie Personen mit einer Vorgeschichte von Parodontose? _____
- 11 Ist bei Ihnen jemals das Zahnfleisch zurückgegangen? _____
- 12 Haben sich Zähne je von selbst gelockert, ohne dass eine Verletzung bestand? Haben Sie Probleme, wenn sie in einen Apfel beißen? _____
- 13 Haben Sie jemals ein Brennen in Ihrem Mund verspürt? _____

ZAHNSTRUKTUR



- 14 Hatten Sie in den letzten Jahren Karies? _____
- 15 Kommt Ihnen die Speichelmenge im Mund zu gering vor oder haben Sie Probleme beim Schlucken der Nahrung? _____
- 16 Spüren oder bemerken Sie irgendwelche Löcher (d.h. Lochfraß) auf der Bissoberfläche Ihrer Zähne? _____
- 17 Reagieren irgendwelche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, Scharfes, Süßes oder vermeiden Sie es einen Teil Ihres Mundes zu putzen? _____
- 18 Haben Sie Rillen oder Kerben auf den Zähnen in der Nähe des Zahnfleischrandes? _____
- 19 Hatten Sie jemals Zahnschmerzen, eine gerissene Füllung, einen gebrochenen, abgesplitterten oder gesprungenen Zahn? _____
- 20 Bleiben Ihnen Speisen zwischen den Zähnen hängen? _____

BISS UND KIEFERGELENK



- 21 Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, Knacken, eingeschränkte Mundöffnung) _____
- 22 Wenn Sie auf die hinteren Zähne beißen, haben Sie dann das Gefühl, dass der Unterkiefer nach hinten gedrückt wird? _____
- 23 Haben Sie Probleme oder vermeiden Sie harte Nahrung zu kauen, wie z.B. Brotrinde, Karotten, Nüsse, Kaugummi? _____
- 24 Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert, wurden sie kürzer, dünner, mehr abgenutzt oder hat sich Ihr Biss verändert? _____
- 25 Bemerkten Sie, dass sich die Zähne mehr übereinander schieben? _____
- 26 Bemerkten Sie, dass sich Lücken zwischen den Zähnen bilden oder dass die Zähne lockerer werden? _____
- 27 Passen Ihre Zähne beim Zubeißen nicht richtig zusammen oder müssen Sie fester zubeißen und drücken oder zur Seite schieben, damit die Zähne zusammenpassen? _____
- 28 Bemerkten Sie, dass Sie öfters die Zunge zwischen die Zähne schieben? _____
- 29 Haben Sie bestimmte Gewohnheiten wie Fingernägel kauen, Eiswürfel kauen, Gegenstände mit den Zähnen halten oder Anderes? _____
- 30 Beißen Sie tagsüber auf die Zähne oder knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen oder verursachen die Zähne tagsüber Schmerzen? _____
- 31 Haben Sie Schlafprobleme (durch Unruhe, Zähneknirschen)? Wachen Sie auf mit Kopfschmerzen oder empfindlichen Zähnen? _____
- 32 Tragen Sie nachts eine Biss-Schiene oder hatten Sie schon mal eine Biss-Schiene? _____

AUSSEHEN / ÄSTHETIK



- 33 Gibt es irgendetwas am Aussehen ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten? Zahnform, Zahnfarbe, Zahngröße? _____
- 34 Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellt (gebleicht)? _____
- 35 Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt? _____
- 36 Waren Sie mit dem Aussehen nach einer zahnmedizinischen Behandlung in der Vergangenheit schon einmal enttäuscht? _____



Kompetenzteam für Zahnheilkunde
KONZEPT.KOMPETENZ.QUALITÄT.SERVICE

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a), Art. 7 DSGVO

Patient/in:

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für folgende Zwecke zu:

- die Verarbeitung von Gesundheitsdaten von Patienten zum Zweck der Erfüllung gesetzlicher Dokumentationspflichten
- die Verarbeitung und Weitergabe (auch telefonisch, per Email oder Fax) von Patientendaten zur Planung und Durchführung von Behandlungen z.B. an Anästhesisten, Chirurgen, Zahntechniker, o. Ä.
- die Verarbeitung von Patientendaten zum Zweck der Erstellung einer Abrechnung
- die Verarbeitung von Patientendaten zur Forderungsdurchsetzung
- die Verarbeitung von Patientendaten im Zusammenhang mit einem Recall-System

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des gesetzl. Vertreters