



## Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Oehring

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. Eventuelle Änderungen bitten wir Sie uns unaufgefordert mitzuteilen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. privat.: \_\_\_\_\_ Tel. mobil.: \_\_\_\_\_  
 Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Recall:

Die Erfahrung hat gezeigt, dass ein Großteil der Zahnschäden durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen verhindert werden kann. Wir bieten Ihnen an, Sie kostenlos an den nächsten Kontrolltermin/Professionelle Zahnreinigung zu erinnern.

**Wünschen Sie eine Aufnahme in unser Erinnerungssystem?**  ja  nein

**Wenn ja, informieren Sie mich bitte**  per Post  per E-Mail  per SMS

### Krankenkasse / Verisierung:

gesetzlich versichert:  ja  nein privat versichert:  ja  nein Basistarif:  ja  nein

Zusatzversicherung:  ja  nein Beihilfeberechtigt:  ja  nein

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Telefonbuch  Internet  Empfehlung von \_\_\_\_\_  
 Zeitungsanzeige  Sonstiges

### Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche?

	Ja	Nein	Details / Medikamente
<b>Herzerkrankungen:</b>			
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Blutverdünner (ASS,Xarelto,Marcumar,Plavix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Endokarditis -Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Kreislaufferkrankungen:</b>			
zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>			
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Magen / Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....



	Ja	Nein	Details / Medikamente
<b>Erkrankung des Nervensystems:</b>			
epileptiforme Anfälle / Krämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
<b>Bluterkrankungen:</b>			
Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
<b>Allergien:</b>			
Ekzeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Latex / Metalle / Legierungen / Kunststoffe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Überempfindlichkeit gegen: .....			
<b>Infektionskrankheiten:</b>			
Leberentzündung/ Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis A,B oder C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
chronische Erkrankungen der Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Sonstige Erkrankungen:** .....

**Wer ist Ihr Hausarzt:** .....

Weitere Angaben:	Ja	Nein	Details / Medikamente
Sind bei Ihnen erworbene oder angeborene Defekte der Zahnhartsubstanz bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Waren oder sind Sie in kieferorthopädischen Behandlung? Wenn ja, (seit) wann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Sind / waren Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind oder waren Sie alkohol -o.drogenabhängig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind sie schwanger? (Welche Woche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

**Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?** .....

Haben Sie akute Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Blutet Ihr Zahnfleisch oder zieht es sich zurück?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Knackt oder schmerzt Ihr Kiefergelenk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Wann und wo war Ihre letzte Zahnbehandlung?			.....
Kennen Sie Prophylaxemaßnahmen? ( Professionelle Zahnreinigung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

Wenn Sie herausnehmbaren Zahnersatz haben, tragen Sie ihn  
o immer      o nur tagsüber      o nur zum Essen o selten / nie?



**Wünschen Sie eine Besondere Beratung über?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> Zähne aufhellen, Bleichen |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung         | <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen     |
| <input type="checkbox"/> Individualprophylaxe      | <input type="checkbox"/> Kariesvermeidung          |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbehandlung    | <input type="checkbox"/> Parodontalbehandlung      |
| <input type="checkbox"/> Hochwertigen Zahnersatz   | <input type="checkbox"/> Implantate                |

**1. Wie wichtig sind Ihnen schöne und gesunde Zähne?**

wenig sehr

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**2. Wie wichtig ist Ihnen ein gutes Gefühl im Mund?**

wenig sehr

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**3. Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre eigenen Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten?**

wenig sehr

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**4. Wie ängstlich sind Sie beim Zahnarzt?**

wenig sehr

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Wir bitten die reservierten Termine falls notwendig rechtzeitig (48h) vorher abzusagen.  
Sie erweisen uns und ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.  
Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB, § 287 ZPO in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die alle Fragen nach besten Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Wir freuen uns, dass Sie bei uns sind.  
Ihr Praxisteam Dr. Oehring

Datum .....

.....  
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter

.....  
Unterschrift Behandler

