

Herzlich Willkommen in Ihrer Gemeinschaftspraxis Dr. Stern und Voigt.

Auch Allgemeinerkrankungen können bei der zahnärztlichen Behandlung von Bedeutung sein.

Wir bitten Sie um eine korrekte Beantwortung des umseitigen Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der **ärztlichen Schweigepflicht** unterliegen und **Ihrer eigenen Sicherheit** dienen. Wir bitten Sie uns Änderungen umgehend mitzuteilen.

Danke sehr.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

PLZ / Wohnort: _____ Str./Haus-Nr.: _____

Tel.: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____ Krankenversicherung: _____

Versichert über/Name: _____ geb.: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung Überweisung Werbung

Internet/Google Suchwort: _____ Sonstiges: _____

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein Monat: _____

Rauchen Sie? Ja Nein Täglicher Konsum: _____

Herz Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris) Herzschwäche (Insuffizienz)
 Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) Herzschrittmacher / Herzklappenersatz

Kreislauf Erhöhter Blutdruck Zu niedriger Blutdruck

Blut Blutungsneigung
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein

Lunge Asthma / chronische Bronchitis Tuberkulose

Stoffwechsel Zuckerkrankheit (Diabetes) Schilddrüsenerkrankung Leberkrankheiten
 Hepatitis (Gelbsucht) Nierenerkrankungen

Nervensystem Epilepsie Depressionen

Auge Grüner Star / Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)

Allergien Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Heuschnupfen / Ekzeme Penicillin-Allergie

Haben Sie eine Medikamentenallergie? Ja Nein

Welche?: _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Ja Nein

Welche?: _____

Datum Ihrer letzten zahnärztlichen Röntgenuntersuchung: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Sind Sie HIV-Positiv? Ja Nein

Ihr Hausarzt: _____



Bitte wenden

Sie wünschen nähere Informationen zu folgenden Behandlungsarten (Lösungen):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> Kariesfrüherkennung | <input type="radio"/> Ganzheitliche Zahnmedizin |
| <input type="radio"/> Zahnfarbene Komposit - Füllung | <input type="radio"/> Kindervorsorgeprogramm | <input type="radio"/> Amalgamentfernung / -ausleitung |
| <input type="radio"/> Zahnaufhellung / Bleaching | <input type="radio"/> Hochwertiger Zahnersatz | <input type="radio"/> Materialaustestung |
| <input type="radio"/> Karies- und Parodontitisvorsorge | <input type="radio"/> Implantate | <input type="radio"/> Ozontherapie |
| <input type="radio"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="radio"/> Kiefergelenksprechstunde | <input type="radio"/> Behandlung in Hypnose |
| <input type="radio"/> Mundgeruchtherapie | <input type="radio"/> Kieferorthopädie | <input type="radio"/> Behandlung in Narkose |

Sonstiges: _____

**Haben Sie Interesse, Ihre Zähne Ihr Leben lang gesund zu erhalten?
Dann möchten wir Sie bitten auch die folgenden Fragen zu beantworten.**

Welche der folgenden Erscheinungen können Sie bei sich feststellen?

- Zahnfleisch**
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Mundgeruch | <input type="radio"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="radio"/> Probleme mit Speiseresten zwischen Ihren Zähnen / Zahnersatz | |

Benutzen Sie regelmäßig:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Zahnseide | <input type="radio"/> Zahnzwischenraumbürste |
| <input type="radio"/> eine elektrische Zahnbürste | |

Zähne Sind Sie mit dem Zustand und Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Ist für Sie eine kosmetisch-ästhetische sowie auch funktionelle Versorgung wichtig?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Sehr wichtig | <input type="radio"/> Wichtig | <input type="radio"/> Unwichtig |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

Zahnersatz Wenn Sie Zahnersatz tragen, wie alt ist dieser? Ca. _____ Jahre
Sind Sie mit dessen Aussehen und Funktion zufrieden? Ja Nein

Kiefer Kiefergelenkgeräusche Nackenverspannungen
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

**Wußten Sie, dass Parodontitis das Risiko für Herzinfarkt, Frühgeburt,
Diabetes und andere Allgemeinerkrankungen erheblich steigert?** Ja Nein

Wußten Sie, dass es einen erblichen Risikofaktor für Parodontitis gibt? Ja Nein

**Wußten Sie, dass man die Parodontitis verursachenden
Problemkeime testen und beseitigen kann?** Ja Nein

**Passen Ihre Zähne Ihrem Gefühl nach perfekt
aufeinander, oder „rutscht“ es beim Zusammenbeißen?** Ja Nein

Sie möchten an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden:

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Per Post | <input type="radio"/> Per E-Mail | <input type="radio"/> Nein danke |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

Datum: _____ Unterschrift: _____ **„BISS gleich!“**

