

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:** \_\_\_\_\_



**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!“**

