

## Sehr verehrte Patientin, geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Probleme und Wünsche unterhalten, bitten wir Sie um einige Auskünfte, die Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben können.

Darüber hinaus benötigen wir natürlich Ihre Personalien.

Wenn Sie längere Zeit nicht bei uns in Behandlung waren, bitten wir um ein erneutes Ausfüllen dieses Fragebogens. Falls sich Angaben ändern, möchten wir Sie bitten uns das mitzuteilen.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Mitglied (bei Fam. Angeh.): \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ. / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: privat \_\_\_\_\_ dienstl.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse, Versicherung: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und beantworten Sie die Fragen.

Ärztliche Behandlung: Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Hausarzt / Kinderarzt: Name, Adresse, Telefon: \_\_\_\_\_

Medikamente: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien: Gegen welche Materialien / Medikamente, besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)?  ja  nein  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?  ja  nein  
Herzasthma (Angina Pectoris)?  ja  nein  
Herzschrittmacher / Herzklappenersatz?  ja  nein  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck?  ja  nein  
Zu niedriger Blutdruck?  ja  nein  
Zustand nach Herzinfarkt?  ja  nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  ja  nein  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle?  ja  nein  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  ja  nein  
Besteht eine Hyperaktivität?  ja  nein

Stoffwechsel-  
erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)?  ja  nein  
Magen-Darmerkrankungen?  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)?  ja  nein  
Blutarmut (Anämie)?  ja  nein  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Erkrankungen des Nervensystems: Depressionen? ja nein  
Epileptiforme Anfälle? ja nein  
Krämpfe? ja nein  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/ \_\_\_\_\_)? ja nein  
Tuberkulose? ja nein  
Chronische Erkrankung der Atemwege (Husten etc.)? ja nein  
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? ja nein  
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Weitere Angaben: Haben Sie Schmerzen? ja nein  
Waren Sie während des letzten Jahres in zahnärztlichen Behandlung? ja nein  
Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein  
Tragen Sie Zahnersatz, Brücken oder Kronen? ca. \_\_\_\_\_ Jahre  
Rauchen Sie? ja nein  
Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein  
Sind Sie schwanger? ja nein  
Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis durch digitale Röntgentechnik.

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden, mit dem wir Sie schriftlich an die Vorsorgeuntersuchung erinnern? ja nein

Wünschen Sie Informationen über private Zusatzleistungen, wie:

- Plastisches Füllungsmaterial? ja nein
- Fissurenversiegelung von Prämolaren? ja nein
- Professionelle Zahnreinigung? ja nein
- Reinigung von herausnehmbarem Zahnersatz? ja nein
- Zahnaufhellung? ja nein
- Schmuckstein kleben? ja nein

Wünschen Sie Informationen zu einer kieferorthopädischen Beratung / Behandlung? ja nein

Datum, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe.

**Dr. Peter Lachmann – Dr. Pia Lachmann – Dr. Jens Lachmann**