



Drücke · Klemt · Melsen · Peters

**Patient**

Name	Vorname	Geburtsdatum

**Versicherter**

Name	Vorname	Geburtsdatum

PLZ	Ort	Straße, Nr.

Beruf   Arbeitgeber	Telefon privat	Telefon beruflich

Krankenkasse	Hausarzt   Telefon

**Anamnese (allgemein)**

ja nein

Allergien (welche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hoher / <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen (verlängerte Blutung bei Schnittwunden oder nach Operationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen: Hepatitis / TBC / Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen (z.B. Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? (welche? Dosierung? Grund?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____   _____   _____		
_____   _____   _____		
_____   _____   _____		

**Zahn- und Mundsituation**

ja nein

Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen oder Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen an Kopf oder Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz (seit wann?) _____   _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem optischen Eindruck Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legen Sie bei der Behandlung Wert auf eine örtliche Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Beantworten Sie hierzu bitte auch unseren Prophylaxebogen)		
Wem dürfen wir für die Empfehlung unserer Praxis danken? _____		

**Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  (  Woche) nein  ungewiß .

Um Komplikationen zu vermeiden bitten wir um möglichst umgehende Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes ein Schwangerschaft eintritt. Tragen Sie besondere Wünsche zur Behandlung bitte auf der Rückseite ein.

Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen bitten wir um Mitteilung. Bedenken Sie bitte, dass wir Ihnen nur helfen können, wenn wir über alle Sie betreffenden medizinischen Vorfälle informiert sind. Bedenken Sie bitte, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und die Patienteninformationen gelesen und zur Kenntnis genommen haben. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen werden und freuen uns auf Ihren Besuch.

Datum / Unterschrift	





Drücke · Klemt · Melsen · Peters

## Prophylaxefragebogen

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, noch besser auf Ihre Bedürfnisse einzugehen. Bitte machen Sie bei jeder der 5 Fragen immer nur ein Kreuz.

Für wie wichtig halten Sie es, Ihre eigenen Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten?								
nicht so wichtig	1	2	3	4	5	6	7	sehr wichtig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wenn Sie Frage 1 mit einem Kreuz zwischen Feld 3 und 7 beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Fragen:

Wie wichtig ist Ihnen ein schönes Lachen?								
nicht so wichtig	1	2	3	4	5	6	7	sehr wichtig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Achten Sie darauf, wie sich Ihre Zähne anfühlen, wenn Sie mit der Zunge daran entlangstreichen?								
nicht so wichtig	1	2	3	4	5	6	7	sehr wichtig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wieviel Zeit verwenden Sie jeden Tag für die Zahnpflege?	
<input type="checkbox"/>	weniger als 3 Minuten
<input type="checkbox"/>	zwischen 3 und 10 Minuten
<input type="checkbox"/>	Mehr als 10 Minuten

Wenn Sie die Möglichkeit haben, mit Hilfe einer ausgebildeten Expertin Ihre Zähne gesund zu erhalten, würden Sie dieses Angebot begrüßen?	
<input type="checkbox"/>	Ja, ich würde gerne mit einer Prophylaxeassistentin sprechen
<input type="checkbox"/>	Nein, diese Möglichkeit interessiert mich nicht

Vielen Dank für Ihre Hilfe. Sobald wir die Fragebogen ausgewertet haben, können wir Sie optimal versorgen.

Ihr Team Praxis Adolfstraße

