



KKH 11111

Mustermann  
 Martin 01.01.00  
 Musterstraße 2  
 32839 Steinheim

1775500 1234567890 1000 1  
 60178 12/50 27.10.2022

Mitglied \_\_\_\_\_  
 Name Vorname geb. am

Telefon \_\_\_\_\_  
 Privat geschäftlich Handy

Beruf \_\_\_\_\_  
 Beruf Arbeitgeber Anschrift Arbeit

Email \_\_\_\_\_  
 Wenn wir Ihnen Recallbriefe, Rechnungen und andere Briefe per E-Mail zukommen lassen dürfen,  
 bitte E-Mail Adresse eintragen

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.**

Hausarzt \_\_\_\_\_  
 Name Ort

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

Zuckerkrankheit ja ☐ nein ☐

Herzerkrankungen ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

Angeborene oder erworbene Herzfehler ja ☐ nein ☐

Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese ja ☐ nein ☐

Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) ja ☐ nein ☐

Herzoperationen ja ☐ nein ☐

Herzschriltmacher ja ☐ nein ☐

Haben Sie einen Herzpass? ja ☐ nein ☐

wenn ja, ausgestellt durch: \_\_\_\_\_

zu hohen Blutdruck ja ☐ nein ☐

zu niedrigen Blutdruck ja ☐ nein ☐

Erkrankungen des Blutes ja ☐ nein ☐

(z.B. langes Nachbluten nach Zahnextraktionen, Blutgerinnungsstörungen)

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Asthma/ Lungenerkrankungen ja ☐ nein ☐

Allergien (z.B. Heuschnupfen) ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_



Haben Sie einen Allergiepass? ja ☐ nein ☐

wenn ja, legen Sie ihn bitte vor!

Hautausschlag ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Arzneimittelunverträglichkeit ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Nervenerkrankung ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Depressionen ja ☐ nein ☐

psychische Erkrankung ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Nervosität ja ☐ nein ☐

Angstzustände ja ☐ nein ☐

Lebererkrankung ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Leberentzündung ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Rheuma/ rheumatisches Fieber ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung ja ☐ nein ☐

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) ja ☐ nein ☐

Magen-Darm-Erkrankungen ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Immunschwäche HIV / AIDS ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Pflegegrad? ja ☐ nein ☐

wenn ja, legen sie den behördlichen Bescheid oder den Pass vor!

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen ja ☐ nein ☐

(z.B. ASS, Marcumar, Falithrom, NOAK)

wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja ☐ nein ☐

Wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_

Für Patientinnen:

Könnten Sie zurzeit schwanger sein bzw. sind Sie schwanger ? ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_



Haben Sie im Augenblick starke Zahnschmerzen? ja ☐ nein ☐  
Haben Sie Schmerzen beim Genuss von heißen Speisen ? ja ☐ nein ☐  
Haben Sie Schmerzen beim Genuss von kalten Speisen ? ja ☐ nein ☐  
Haben Sie Schmerzen beim Genuss von süßen Speisen ? ja ☐ nein ☐  
Leiden oder litten Sie unter Zahnfleischbluten ? ja ☐ nein ☐  
Leiden oder litten Sie unter Mundgeruch ? ja ☐ nein ☐  
Haben Sie Zähne durch Zahnlockerung verloren? ja ☐ nein ☐  
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ja ☐ nein ☐  
Haben Sie jemals eine Klammer getragen? ja ☐ nein ☐  
Tragen Sie Kronen oder Brücken? ja ☐ nein ☐  
wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
Tragen Sie eine Prothese? ja ☐ nein ☐  
wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wann Sind Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt worden? \_\_\_\_\_  
Bei welchem Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Name

Ort

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine gründliche Untersuchung Ihrer Zähne

und des Zahnfleisches?

ja ☐ nein ☐

Wünschen Sie Zahnersatz (wenn erforderlich)?

ja ☐ nein ☐

Wünschen Sie eine Implantatberatung

(künstliche Zahnwurzeln) (wenn erforderlich)?

ja ☐ nein ☐

Legen Sie Wert auf ästhetisch hochwertige Restaurationen?

ja ☐ nein ☐

Sofern Sie Erkrankungen dem behandelnden Arzt lieber selbst mitteilen möchten, können Sie das gerne tun. Der behandelnde Arzt wird von seiner Schweigepflicht entbunden, soweit sie die Krankenkasse, andere Zahnärzte (einschl. Assistent oder Nachfolger/in) oder die Abrechnung mittels Computer betrifft.

Mir ist bekannt, dass meine Daten zwecks Abrechnung gespeichert werden. Mit der Weitergabe der Daten an einen Nachfolger oder Dritte, insbesondere zur Rechnungserstellung, bin ich einverstanden.

Die Versichertenkarte bitte sofort bei Behandlungsbeginn vorlegen.

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie deshalb rechtzeitig (d.h. mindestens 48 Stunden) vorher abzusagen. Bei Nichtabsage kann die freigehaltene Zeit in Rechnung gestellt werden.

Bitte beachten Sie auch unsere Datenschutzinformatio und die Datenschutzeinwilligung.

Datum

Unterschrift