

**Dr. Cornelia Lohe
Zahnärztin**

Marktstraße 42 - 32839 Steinheim
Telefon: 05233 - 998 998 - Telefax: 05233 - 9519 702



Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

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

Herzschrittmacher 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 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Wünschen Sie Zahnersatz (wenn erforderlich)?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Wünschen Sie eine Implantatberatung (künstliche Zahnwurzeln) (wenn erforderlich)?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Legen Sie Wert auf ästhetisch hochwertige Restaurationen?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

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 Versicherungskarte 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 andere Datenschutzinformatio und die Datenschutzeinwilligung.

Datum

Unterschrift