



Zentrum  
Zahngesundheit

Dr. Ulmer · Valentinis  
und Kollegen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

bevor wir uns ausführlich über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren Gesundheitszustand, denn Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Dieser Fragebogen dient dazu, die notwendigen Maßnahmen an Ihren Gesundheitszustand anzupassen. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gerne behilflich.

Patient	
Name	Vorname Geburtsdatum
Anschrift	
Krankenkasse	Telefon privat / tagsüber
E-Mail	
Erziehungsberechtigter / Versicherter	
Name	Vorname Geburtsdatum
Anschrift	
Telefon privat / tagsüber	

Wünschen Sie von uns Informationen über neue und bessere Therapieformen?

nein  ja

Wünschen Sie ausführliche Informationen über:

- Prophylaxe
- Amalgamersatz
- Implantologie
- ästhetische Zahnmedizin (z.B. Keramik, Bleichen,...)
- \_\_\_\_\_

#### Hinweise zur Organisation:

Um einen reibungslosen Praxisablauf gewährleisten zu können und auch Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, bitten wir Sie vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens zwei Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können nach der Gebührenordnung für Zahnärzte in Rechnung gestellt werden.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit akuten Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ingolstadt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



- Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  nein  ja  
Wenn ja, weswegen? \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit Medikamente ein?  nein  ja  
Wenn ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie Medikamente, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis)  nein  ja

- Sind bei Ihnen Allergien bzw. Unverträglichkeiten bekannt?

Anästhetika (Spritzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____
Antibiotika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____
Metalle / Kunststoffe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____

- Besteht bei Ihnen aktuell oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:

#### Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Endokarditis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzoperation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

#### Infektiöse Erkrankungen

HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

#### Weitere Erkrankungen

Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

- Sind schon einmal Komplikationen bei einem zahnärztlichen Eingriff aufgetreten?  nein  ja
- Neigen Sie zu blauen Flecken oder bluten Wunden bei Ihnen außergewöhnlich lang?  nein  ja
- Sind in den letzten Jahren im Kopfbereich Röntgenaufnahmen von Ihnen gemacht worden?  nein  ja
- Rauchen Sie?  nein  ja
- Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja  ungewiß
- Stillen Sie?  nein  ja

**Bitte teilen Sie uns alle Änderungen umgehend mit.**

Polstadt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_