



Name	E-Mail-Adresse
Vorname	Beruf
Geburtsdatum	Arbeitgeber
Adresse	Gesetzlicher Vertreter Name
PLZ / Ort / Land	Gesetzlicher Vertreter Adresse
Telefon Privat	
Telefon Mobil	Hausarzt
Telefon Geschäftlich	Krankenkasse / Versicherung

Gesundheitsfragen

	ja	nein
Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung oder Operation? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie oder haben Sie einmal Bisphosphonate (z.B. wegen Osteoporose, Tumorerkrankung) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluten Sie lange bei Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen, bzw. haben Sie eine durchgemacht?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien. Haben Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> Atemwegs- und Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzkreislauf-Erkrankungen, Herzfehler | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Leber- und Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Gelbsucht, Hepatitis, HIV, Tuberkulose) |
| <input type="checkbox"/> Magen- Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nicht aufgeführte Erkrankung: |

Empfohlen durch: _____

Überweisung durch: _____

Recallsystem für Prophylaxe

Wir möchten Sie gerne in unser Recallsystem für Prophylaxe aufnehmen, um den Erfolg der durchgeführten Behandlung langfristig zu sichern.

Ja, ich wünsche diesen Service, bitte informieren Sie mich bei künftigen Terminen per: E-Mail _____
E-Mail-Adresse

SMS _____
Mobiltelefon

Patientenerklärung

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich umgehend mitteilen. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich erteile mein Einverständnis die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Fotos und Röntgenbilder dürfen für Vorträge und Publikationen verwendet werden.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank!

Zahnmedizinische Vorgeschichte



DR. RALF QUIRIN
DR. STEFAN SCHULTHEIS
PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN

Name _____ Geburtsdatum _____ Datum _____

Wie würden Sie den Zustand Ihres Mundes einschätzen? Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht

Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung? _____

Datum der letzten Röntgenbilder? _____

Haben Sie bisher eine professionelle Zahnreinigung erhalten? Ja Nein

Ich besuche meinen Zahnarzt alle: 3 Monate 6 Monate 12 Monate Nicht regelmäßig

Aktueller Grund Ihres Besuches: _____

Persönliche Vorgeschichte

	ja	nein
Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? Skala von 1 bis 10 (sehr) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine negative Erfahrung beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in der Vergangenheit jemals Probleme nach einer zahnärztlichen Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Zahnsperre, eine kieferorthopädische Behandlung oder wurde ihr Biss korrigiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihnen irgendwelche Zähne entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnfleisch

	ja	nein
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder wenn Sie Zahnseide benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie jemals wegen Parodontitis behandelt oder hat man mit Ihnen je über Knochenschwund um die Zähne gesprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Familie Personen mit einer Vorgeschichte von Parodontitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen jemals das Zahnfleisch zurück gegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sich Zähne je von selbst gelockert, ohne dass Sie eine Verletzung hatten, oder haben Sie Probleme, wenn Sie in einen Apfel beißen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sich zwischen einzelnen Zähnen Lücken gebildet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnstruktur

	ja	nein
Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt Ihnen die Speichelmenge im Mund zu gering vor, oder haben Sie Probleme beim Schlucken der Nahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagieren manche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, beißen, Süßes oder vermeiden Sie es, einen Teil Ihres Mundes zu putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Rillen oder Kerben in der Nähe des Zahnfleischrandes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Zahnschmerzen, eine gerissene Füllung, einen gebrochenen, abgesplitterten oder gesprungenen Zahn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleiben Ihnen Speisen zwischen den Zähnen hängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Biss und Kiefergelenk

	ja	nein
Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, begrenzte Öffnung, Sperre, Knacken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme beim kauen von harten Nahrungsmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert, sind sie kürzer oder dünner geworden oder haben sie sich abgenutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressen Sie Ihre Zähne tagsüber aufeinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schlafprobleme oder wachen Sie mit einem Spannungsgefühl im Kopfbereich auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Knirscherschiene oder haben Sie jemals eine getragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ästhetik

	ja	nein
Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellt (gebleicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit dem Aussehen einer zahnmedizinischen Restauration schon einmal enttäuscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>