



Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in der ZAHNARZTPRAXIS DR. ZEHNLE!

Bitte beantworten Sie für unsere Patientenkartei die folgenden Fragen vollständig. Falls es Schwierigkeiten geben sollte, wenden Sie sich bitte an unseren Empfang. Ihre Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Frau/Herr: Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Beruf
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefon privat/mobil	Email
Versicherter (falls abweichend):	Vorname
Geburtsdatum	Beruf
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefon privat/mobil	Email

Krankenkasse  gesetzlich  privat  Zusatzversicherung

Name/Ort Hausarzt

Empfohlen/überwiesen durch:

Freunde  Familie  Website  Sonstiges  empfohlen von: \_\_\_\_\_

Wird zur Zeit eine allgemeinärztliche, heilpraktische, orthopädische oder physiotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Ja  Nein

### Allgemeine Fragen zur Gesundheit:

- Hoher Blutdruck? Ja  Nein
- Niedriger Blutdruck? Ja  Nein
- Haben Sie Herzerkrankungen? Ja  Nein   
(Herzklappenersatz, Endokarditis, OPs, Herzinfarkt)
- Blutgerinnungsstörungen? Ja  Nein
- Schlaganfall Ja  Nein
- Diabetes Ja  Nein
- Osteoporose Ja  Nein
- Chronische Erkrankungen der Atemwege Ja  Nein
- HIV Ja  Nein
- Hepatitis Ja  Nein
- Tuberkulose Ja  Nein

Sonstige Erkrankungen? Ja  Nein

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

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

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? Ja  Nein

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

Besteht eine Allergie? Ja  Nein

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

Bei weiblichen Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

falls Ja: In welchem Monat? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein

falls Ja: Welche Menge pro Tag? \_\_\_\_\_

### Grund des Zahnarztbesuches:

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfehlstellungen
- Zahnfleischbluten
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz

Sind sie mit der Farbe/Form Ihrer Zähne zufrieden?

Ja  Nein

Wurden die Zähne bisher regelmäßig professionell beim Zahnarzt gereinigt (PZR)?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift