



Familienname:

Vorname:

Titel:

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort:

Tel.-Nr. privat:

beruflich:

mobil:

E-Mail-Adresse:

Geburtsdatum:

Beruf:

Arbeitgeber:

versichert:

gesetzlich  privat  beihilfeberechtigt  zahnzusatzversichert

Name der Versicherungsgesellschaft:

**Sind Sie über jemand anderen versichert?**

Versicherten Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:



**Wann erreichen wir Sie am besten?**

vormittags

nachmittags

**Wie / durch wen wurden Sie auf ZAHNHEILKUNDE LINDENTHAL aufmerksam?**

---

**Wie können wir Sie am besten an Ihren Vorsorgetermin erinnern (Recall)?**

per E-Mail

per Post

danke, ich denke selbst daran

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte bis spätestens 24h vorher ab. Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Terminabsage, so müssen wir Ihnen leider ein Ausfallhonorar für die für Sie reservierte Zeit in Rechnung stellen (§615 Satz 1 BGB). Unverschuldete Terminversäumnisse werden selbstverständlich nicht berechnet. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Datum:

Unterschrift:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit. Beachten Sie bitte zudem, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.



Liebe Patient\*innen,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis ZAHNHEILKUNDE LINDENTHAL begrüßen zu dürfen! Um Ihren Besuch bei uns so angenehm wie möglich gestalten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Wir bitten Sie daher, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen beim Ausfüllen haben, helfen wir sehr gerne weiter.

**Leiden (litten) Sie an Erkrankungen der / des:**

Herzens oder Kreislaufs	oja onein
Leber	oja onein
Nieren	oja onein
Schilddrüse	oja onein
Magen-Darm-Traktes	oja onein
Gelenke (Rheuma/ Arthritis)	oja onein

**Haben (hatten) Sie:**

hohen Blutdruck	oja onein
niedrigen Blutdruck	oja onein
Herzschrittmacher/ Herzklappenersatz	oja onein
Diabetes	oja Typ onein
Tinnitus	oja onein
Epilepsie	oja onein
Grünen/ grauen Star	oja onein



Asthma	o ja	o nein		
Tuberkulose	o ja	o nein		
Osteoporose	o ja	o nein		
HIV (Aids)	o ja	o nein		
Hepatitis	o ja, Typ A	o ja, Typ B	o ja, Typ C	o nein

### Haben Sie Allergien?

ja, gegen \_\_\_\_\_  nein

### Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

<input type="radio"/> Herzmedikamente (Kortikoide)	<input type="radio"/> Cortison
<input type="radio"/> Schmerzmittel	<input type="radio"/> Antidepressiva
<input type="radio"/> gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Markumar/ ASS)	<input type="radio"/> Bisphosphonate
<input type="radio"/> andere Medikamente _____	

### Haben Sie sonstige Erkrankungen?

\_\_\_\_\_

### Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt?

\_\_\_\_\_



Rauchen Sie?

ja, \_\_\_\_\_ Stück/ Tag

nein

Für unsere Patientinnen: Erwarten Sie ein Baby? Wenn ja, welche Woche?

---

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

---

Datum:

Unterschrift:



**Wie schätzen Sie Ihre Mundgesundheit (Zähne und Zahnfleisch) ein?**

- sehr gut                       gut                       befriedigend

**Welche Mittel verwenden Sie für Ihre häusliche Mundhygiene?**

<input type="radio"/> Handzahnbürste	<input type="radio"/> weich <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> hart	<input type="radio"/> Kunststoffborsten <input type="radio"/> Naturborsten
<input type="radio"/> elektrische Zahnbürste		
<input type="radio"/> Mundwasser (Marke)		
<input type="radio"/> Zahnpasta (Marke)		
<input type="radio"/> Zahnseide	<input type="radio"/> gewachst	<input type="radio"/> ungewachst
<input type="radio"/> Zahnzwischenraumbürstchen		
<input type="radio"/> Prothesenreiniger		
<input type="radio"/> Zungenreiniger		
<input type="radio"/> sonstiges		

**Ist Ihnen der Nutzen der professionellen Zahnreinigung (PZR) bekannt?**

- ja                       nein

**Welche Wünsche führen Sie zu uns?**

- Routinekontrolle
- Schmerzbehandlung
- Beratung, welches Thema?
- Zweitmeinung



**Können Sie uneingeschränkt kauen und beißen?**

ja  nein

**Leiden Sie unter Heiß-Kalt-Empfindlichkeit?**

ja  nein

**Hat Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder Essen schon mal geblutet?**

ja  nein

**Haben Sie fehlende Zähne, die Sie gerne ersetzt hätten?**

ja  nein

**Möchten Sie Füllungen aus gesundheitlichen Gründen ersetzen?**

ja  nein

**Ist Ihr Mund manchmal unangenehm trocken?**

ja  nein

**Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?**

ja  nein

**Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen?**

ja  nein

**Verspüren Sie manchmal einen Metallgeschmack?**

ja  nein



**Schnarchen Sie?**

- ja    nein

**Wie gefallen Ihnen Ihre Zähne?**

- sehr gut    gut    befriedigend

**Wünschen Sie sich Ihre Zähne:**

- heller  
 gerader  
 natürlicher im Aussehen bei Zahnersatz oder Füllungen  
 kompletter: Lücken sollen geschlossen werden.

**Haben Sie gelegentlich mit Mundgeruch zu kämpfen?**

- ja    nein

**Trinken Sie täglich Kaffee, schwarzen Tee oder Rotwein?**

- ja    nein

**Lächeln und lachen Sie uneingeschränkt?**

- ja    nein

Vielen Dank!  
Ihr ZAHNHEILKUNDE LINDENTHAL Team