



Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und ihn vor der Behandlung an der Rezeption abzugeben. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Arztgeheimnis.

**Patient:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.Datum Geb.Ort

**Mitglied:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.Datum

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
Straße Telefon privat

PLZ Ort Telefon geschäftlich

Mobiltelefon e-mail Fax

**Beruf** (bzw zuletzt ausgeübte Tätigkeit)\*: \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber\*:** \_\_\_\_\_

Anschrift

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **wenn gesetzlich:**  freiwillig versichert  
 Pflichtmitglied

**Zahnezusatzversicherung:**  ja  nein

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**(Bisheriger) Zahnarzt:** \_\_\_\_\_

**Wem verdanken wir Ihre Überweisung/Empfehlung?\*** \_\_\_\_\_

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung durch die Praxis zu.  
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Im Falle einer vereinbarten Anforderung von Röntgenaufnahmen oder an mit-/weiterbehandelnde Ärzte oder Zahntechniker bin ich mit der verschlüsselten Übermittlung per E-Mail einverstanden.

**Die Information „Praxiswegweiser“ habe ich erhalten**

Oldenburg, den \_\_\_\_\_ Datum  
\_\_\_\_\_ Unterschrift

**Bitte vergessen Sie nicht, auch Seite 2 dieses Bogens auszufüllen!**

\* Keine Pflichtangaben



Leiden oder litten Sie an Erkrankungen aus dem Bereich

- |  |                             |                               |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Herz / Kreislauf  |                             | ja <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja, speziell:   |                             |                               |                               |
| Blutdruck (hoch/ niedrig)  | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| Herzinfarkt  | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| Schlaganfall   | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| Blutungsneigung  | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| Künstliche Herzklappe  | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| Endokarditis   | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher?                              | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| Andere Herz-/Kreislaufferkrankungen                              |                             |                               | _____                         |
| 2. Atmungssystem (z.B. Asthma)                                   | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 3. Verdauungsorgane  | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 4. Stoffwechselerkrankungen, z.B. Diabetes                       | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 5. Rheumatische Erkrankungen                                     | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 6. Hormonelle Erkrankungen, z.B. der Schilddrüse                 | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 7. Neurologische/psychische Erkrankungen                         | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 8. Infektionen, z.B. Hepatitis, Tuberkulose, AIDS                | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 9. Krebs / Tumor   | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 10. Allergien, z.B. gegen Medikamente, Metalle, Latex            | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| Wogegen genau? _____   |                             |                               |                               |
| 11. Augenerkrankung (z.B. erhöhter Augeninnendruck, grüner Star) | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 12. Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?                | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| wenn ja, warum? _____  |                             |                               |                               |
| 13. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?                         | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| wenn ja, welche? _____   |                             |                               |                               |
| 14. Haben Sie je Bisphosphonate (z.B. bei Osteoporose) erhalten? | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 14. Liegt ein Pflegegrad vor?                                    | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 15. Rauchen Sie Zigaretten, Zigarren, Pfeife etc.?               | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |                               |
| 16. Wann war Ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?      |                             |                               | _____                         |

### Spezielle zahnärztliche Vorgeschichte:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Erlitten Sie je einen Unfall mit Kopfbeteiligung?                | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Hatten Sie jemals eine Kieferregulierung (z.B. Zahnspange)       | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Leiden Sie öfter an Kopfschmerzen? morgens / mittags / abends    | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr?            | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung oder beim Gähnen?     | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? rechts / links              | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Haben oder hatten Sie eine Zahnschiene / Knirschschiene          | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Blutet manchmal Ihr Zahnfleisch?                                 | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Haben Sie z.Zt. Schmerzen an einem Zahn?                         | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Legen Sie bes. Wert auf eine Behandlung in örtlicher Betäubung? | ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Haben Sie einen speziellen zahnärztlichen Behandlungswunsch?    |                             | _____                         |
| 12. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch                             |                             | _____                         |
| 13. Was wurde dabei gemacht?  |                             | _____                         |

### Für Patientinnen:

**Bitte, sagen Sie es Ihrem Zahnarzt unaufgefordert vor jeder Behandlung, wenn bei Ihnen eine Schwangerschaft besteht oder bestehen könnte!**

Sign. Zahnarzt