

# Patientenaufnahmebogen Zahnarztpraxis Dr. Britta Timte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten und vielfältige individuelle Vorgeschichten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

## 1. Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Sie sind familienversichert über: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

## 2. Gesundheitsfragen (Anamnese)

Herzerkrankungen  Ja  Nein

(z.B. Herz(klappen) fehler, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, **Herzschrittmacher**)

Blutgerinnungsstörungen/Bluterkrankungen  Ja  Nein

(z.B. Nachblutungen bei Zahnbehandlungen, Nasenbluten, häufig blaue Flecken)

Wie ist ihr Blutdruck? \_\_\_\_\_  Normal  Erhöht  erniedrigt

Lungenerkrankungen/Atemwegserkrankungen  Ja  Nein

(z.B. Bronchialasthma, Emphysem)

Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein

Diabetes mellitus HbA1c Wert: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Nierenerkrankungen  Ja  Nein

chronische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, grüner Star, Rheuma, Osteoporose) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Psychische Erkrankungen  Ja  Nein

(z.B. Depressionen, Gedächtnisstörungen, Schwindel, Nervosität, Schlafstörungen, Zittern, Antriebslosigkeit)

Allergien oder Unverträglichkeiten  Ja  Nein

(z.B. Heuschnupfen, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, Jod)

Wenn ja, welche:

---

Nehmen Sie Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel?  Ja  Nein

(z.B. Markumar, Eliquis, Clopidogrel, Xarelto, Ass, Antibiotika, Cortison, Insulin, Hormone)

Wenn ja, welche:

---

Wurden Sie operiert? \_\_\_\_\_

(z.B. Knieendoprothese, Hüftendoprothese, Schulterendoprothese)

Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  Ja  Nein

## Patientenaufnahmebogen Zahnarztpraxis Dr. Britta Timte

### 3. sonstige Angaben

Rauchen Sie? E/Tabak?  Ja  Nein Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_  
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein Wenn ja, was und wie viel? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor einem Besuch einer Zahnarztpraxis?  Ja  Nein  
Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnsteinbildung?  Ja  Nein  
Benutzen Sie Zahnseide oder Interdentalbürstchen?  Ja  Nein  
Haben Sie Schmerzen bei der Mundöffnung oder Knacken die Kiefergelenke?  Ja  Nein  
Haben Sie Verspannungen im Kopf-/Hals- und/oder Nacken-/Schulterbereich?  Ja  Nein  
Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen/Migräne?  Ja  Nein  
Sind Sie über Fremdmaterialien in Ihrem Mund besorgt?  Ja  Nein  
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?  Ja  Nein  
Besteht ein Pflegegrad? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Wünsche /Interesse an Informationen?  
\_\_\_\_\_

Wurden Sie überwiesen oder empfohlen?  
\_\_\_\_\_

aktueller Grund des Zahnarztbesuches?  
\_\_\_\_\_

### 4. Termine

Wir führen eine Terminpraxis.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um **rechtzeitige Absage (mindestens 24 Stunden vorher)**.

Nicht abgesagte Termine und entstehende Ausfallzeiten können privat in Rechnung gestellt werden.  
\_\_\_\_\_

### 5. Datenschutz

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis erhalten bzw. zur Kenntnis genommen und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung und Abrechnung ein.  
\_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_