

dentimedicum Hamburg  
Zahnheilkunde und Implantologie im Kleekamp

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

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

**Name Versicherter:** \_\_\_\_\_ **Vorname Versicherter:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Telefon privat:** \_\_\_\_\_ **Telefon geschäftlich:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**selbst versichert**                      **versichert mit:**                       **Ehemann**     **Ehefrau**    **Vater**         **Mutter**

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Beruf** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

**Auf Empfehlung meines Hauszahnarztes**     **Auf Empfehlung von:** \_\_\_\_\_  **Internet**    **Sonstiges**

**Bitte helfen Sie uns**, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten!

**Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:**

Herz- oder Kreislauf                       **Ja**    **Nein**  
Lunge     **Ja**    **Nein**  
Blut     **Ja**    **Nein**  
Leber      **Ja**    **Nein**  
Nieren     **Ja**    **Nein**  
Schilddrüse                                       **Ja**    **Nein**  
Magen-Darm-Trakt                               **Ja**    **Nein**  
Gelenke (Rheuma)                               **Ja**    **Nein**

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also auch an Zähnen, an den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase oder an den Ohren) geröntgt?  
Wenn ja, bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

**Ja**    **Nein**                      Arzt: \_\_\_\_\_  
 **Ja**    **Nein**                      Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, welcher Monat?

**Ja**    **Nein**

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?

**Ja**    **Nein**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

**Ja**    **Nein**

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

**Ja**    **Nein**

**Haben oder hatten Sie jemals?**

Hohen Blutdruck                               **Ja**    **Nein**  
Fallsucht (Epilepsie)                               **Ja**    **Nein**  
Gelbsucht (Hepatitis A,B,C)                       **Ja**    **Nein**  
Grüner Star                                         **Ja**    **Nein**  
Zahnfleischbluten                                 **Ja**    **Nein**  
Osteoporose                                         **Ja**    **Nein**  
Diabetes     **Ja**    **Nein**

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

**Ja**    **Nein**

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

**Ja**    **Nein**

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?, Wenn ja, an welcher?

**Ja**    **Nein**

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

**Ja**    **Nein**

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt

Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen?

umgefallen?                                       **Ja**    **Nein**

**Ja**    **Nein**

Neigen Sie zu Blutungen?                       **Ja**    **Nein**

Rauchen Sie?

Sind Sie HIV positiv?                               **Ja**    **Nein**

**Ja**    **Nein**

Beißen Sie nachts fest auf Ihre Zähne?

**Ja**    **Nein**

**Möchten Sie regelmäßig an Vorsorgetermine erinnert werden?**

**Ja**    **Nein**

**Wünschen Sie über unser Mundgesundheits-Programm informiert zu werden?**

**Ja**    **Nein**

Worauf legen Sie bei Ihren Zähnen am meisten wert? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen ein festsitzender Zahnersatz wichtig? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen ein ästhetischer Gesamteindruck wichtig? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass mir nicht eingehaltene oder nicht rechtzeitig abgesagte (mind. 24 Stunden vorher) Behandlungszeiten in Rechnung gestellt werden können.

Mir ist bekannt, dass zu Dokumentations- und Weiterbildungszwecken Fotografien erstellt werden können. Die Bildrechte liegen bei der Praxis.

Hamburg, 22.06.2018

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte