



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Sie Ihren Wünschen entsprechend sicher beraten und behandeln können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_  
 Gesetzliche Krankenkasse       Private Krankenkasse       zusatzversichert       Anspruch auf Beihilfe

### Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Grund Ihres heutigen Besuches? \_\_\_\_\_  
Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_

### Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?

Wenn ja, dann ...  nein       ja  
 per E-Mail       per Post

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet       auf Empfehlung von \_\_\_\_\_       andere Quelle \_\_\_\_\_

### Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter [www.zahnmedizin-braun.de](http://www.zahnmedizin-braun.de)?

nein       ja

### Welche der aufgeführten zahnmedizinisch Erscheinungen treffen auf Sie zu?

überempfindliche Zähne       Zahnlockerungen       Zahnschmerzen  
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken       Zahnfleischbluten       Mundgeruch  
 Zähneknirschen       Parodontose       häufige Kopfschmerzen / Migräne  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

### Medikamente

nein       ja

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, Blutverdünner, Insulin, o. ä.)?  
\_\_\_\_\_

### Welche der folgenden Erkrankungen treffen auf Sie zu?

#### Allergien

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? (z.B. Nahrungsmittel, Medikamente, o. ä.)  nein       ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  nein       ja

#### Herz- und Kreislauferkrankungen

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung oder Operation am Herzen?  nein       ja

(z.B. Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen, o.ä.)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hoher Blutdruck  nein       ja

Niedriger Blutdruck  nein       ja

#### Nierenerkrankungen

nein       ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Leber- und Stoffwechselerkrankungen**

Lebererkrankung /Entzündung (z.B. Hepatitis A/B, Leberzirrhose, o.ä.)

 nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung (z.B. Über-/unterfunktion, Hashimoto, o.ä.)

 nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit (Diabetes 1 oder 2 - bitte unterstreichen)

 nein  ja

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, Bronchitis etc.?

 nein  ja

Asthma

 nein  ja

Sonstige Stoffwechselerkrankungen

 nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**

(z.B. Borreliose, Malaria, Herpesvirus, Tuberkulose, o. ä.)

 nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

HIV

 nein  ja**Bluterkrankungen** nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Blutungsneigung (Hämophilie)

 nein  ja

langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen

 nein  ja**Erkrankungen des Nervensystems**

(z.B. Epileptische Anfälle, MS, Parkinson, o.ä.)

 nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Psychosomatische Erkrankungen

 nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Magen- / Darmerkrankungen** nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Tumorerkrankungen** nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

 Operative Behandlung erfolgt oder geplant?

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

 Chemo / Bestrahlung erfolgt oder geplant?

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Augenerkrankungen** nein  ja

Wenn ja, welche (z.B. Grauer Star, Glaukom, o. ä.)? \_\_\_\_\_

**Chronische Erkrankungen** nein  ja

Wenn ja, welche (z.B. Rheuma, Fibromyalgie, Burnout, o. ä.)? \_\_\_\_\_

**Alkoholabhängigkeit** nein  ja

trockener Alkoholiker

 nein  ja**Schwangerschaft** nein  ja

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Röntgen**

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

 nein  ja**Ärztliche Behandlung**

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?

 nein  ja

Hausarzt / Heilpraktiker: Name/Ort/Telefon:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Bei welchen **Fachärzten** sind Sie zusätzlich in Behandlung? Name/Ort/Telefon:\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_