

## ***Herzlich willkommen in unserer Praxis!***

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig und vollständig aus.  
Alle Ihre Angaben, Untersuchungsergebnisse und  
Behandlungen unterliegen selbstverständlich  
der strikten Schweigepflicht des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Versichert mit: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- ... pflichtversichert
- ... freiwillig versichert
- ... privat

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

### **Ich komme auf Empfehlung von:**

Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß wir Ihnen bereits jetzt einige  
Fragen zu Ihren Behandlungswünschen stellen.  
Mit Ihrer Antwort geben Sie uns die Möglichkeit, Sie besser  
verstehen, beraten und behandeln zu können.

### **Bitte kreuzen Sie Entsprechendes an:**

- ... ja    ... nein    Haben Sie anhaltende Schmerzen?
- ... ja    ... nein    Wünschen Sie eine gründliche Untersuchung und  
umfassende Behandlung der festgestellten Erkrankungen  
und Störungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich?
- ... ja    ... nein    Wünschen Sie örtliche Betäubung (Spritze) beim Bohren?  
Falls Sie eine Leitungsanaesthesie im Unterkiefer wünschen,  
kann es in **extrem seltenen** Fällen zu einer dauerhaften  
Nervschädigung kommen.
- ....ja    Ich möchte regelmäßig per Postkarte an Vorsorge-  
untersuchung erinnert werden.

**Bitte wenden bzw. Seite 2 beachten**

#### Sprechzeiten

Montag 8.00 - 12.30 | 14.00 - 18.00  
Dienstag 8.00 - 12.30 | 14.00 - 19.00

Mittwoch 8.00 - 14.00  
Donnerstag 8.00 - 12.30 | 14.00 - 18.00

Freitag 8.00 - 13.00

## Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen im Interesse einer komplikationslosen Behandlung gründlich zu beantworten.

Vielen Dank!

1. Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ... ja ... nein
2. Haben Sie oder hatten Sie eine Infektionskrankheit?  
(Hepatitis, TBC, AIDS, andere) ... ja ... nein
3. Sind Sie Allergiker (hatten Sie z.B. Heuschnupfen, Nesselsucht)  
oder vertragen Sie bestimmte Arzneimittel nicht? ... ja ... nein  
  
Falls ja, Allergie gegen
4. Leiden Sie unter Stoffwechselerkrankungen?  
(Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankungen u.ä.) ... ja ... nein
5. Haben Sie eine Herz- oder Kreislauferkrankung? ... ja ... nein  
Niedriger Blutdruck ... ja ... nein  
Hoher Blutdruck ... ja ... nein  
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ... ja ... nein  
Hatten Sie schon einen Herzinfarkt? ... ja ... nein  
Haben Sie einen Bypass? ... ja ... nein
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ... ja ... nein  
Wenn ja, welche?
7. Leiden Sie unter einer Erkrankung der Verdauungsorgane?  
(Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse) ... ja ... nein
8. Wurden Sie in letzter Zeit im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wann ... ja ... nein
9. Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ... ja ... nein
10. Besteht eine Ohnmachtsgefahr? ... ja ... nein

Nürnberg, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift)

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit und hoffen, daß Sie sich bei uns wohl fühlen werden. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz. Sollten Sie irgendwelche Fragen oder Wünsche haben, stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

### Sprechzeiten

Montag 8.00 - 12.30 | 14.00 - 18.00  
Dienstag 8.00 - 12.30 | 14.00 - 19.00

Mittwoch 8.00 - 14.00  
Donnerstag 8.00 - 12.30 | 14.00 - 18.00

Freitag 8.00 - 13.00