

## Herzlich Willkommen

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

### Patient

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Telefon: privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Krankenkasse / Kostenträger \_\_\_\_\_  
 Privat versichert?  Zusatzversichert?  Anspruch auf Beihilfe?

### Versicherter

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Wie haben Sie uns gefunden?

- im Internet  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  
 andere Quelle: \_\_\_\_\_

Kennen Sie unsere Praxis-Website [www.dr-loelke.de](http://www.dr-loelke.de)?  ja  nein

Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_ Was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?  ja  nein

### Ich bin an einer Beratung zu folgendem Thema interessiert:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Zahnersatz                       | <input type="radio"/> Parodontitisbehandlung     | <input type="radio"/> Zahnästhetik         |
| <input type="radio"/> individuelles Prophylaxeprogramm | <input type="radio"/> Bleaching                  | <input type="radio"/> Kiefergelenktherapie |
| <input type="radio"/> professionelle Zahnreinigung     | <input type="radio"/> Zahnverschönerung - Veneer | <input type="radio"/> Mundhygieneartikel   |
| <input type="radio"/> Schienentherapie                 | <input type="radio"/> Implantologie              | <input type="radio"/> Sonstiges: _____     |

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Zahnschmerz                      | <input type="radio"/> temperaturempfindliche Zähne | <input type="radio"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="radio"/> Kiefergelenkschmerzen / -knacken | <input type="radio"/> Zahnfleischrückgang          | <input type="radio"/> Zähneknirschen    |
| <input type="radio"/> Zahnverfärbungen                 | <input type="radio"/> Zahnlockerung                | <input type="radio"/> Mundgeruch        |
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen                    | <input type="radio"/> starke Belastung / Stress    | <input type="radio"/> Kieferregulierung |
| <input type="radio"/> Verspannung Kopf / Hals / Nacken | <input type="radio"/> Schnarchen                   |   |

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Hausarzt / Facharzt: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie die Rückseite!

<b>Medikamente</b>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____		
<b>Allergien</b>	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____		
	Haben Sie pulmonales Asthma?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Herzerkrankungen</b>	Herzschwäche (Insuffizienz)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Herzasthma, Angina pectoris?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Sonstiges? _____		
<b>Kreislaufkrankungen</b>	Zu hoher Blutdruck?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Zu niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Zustand nach Herzinfarkt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Vegetative Erkrankungen</b>	Ohnmachtsanfälle?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Stoffwechselkrankheiten</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Magen-Darmerkrankungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>	Epileptiforme Anfälle?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Krämpfe?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Bluterkrankungen</b>	Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Blutarmut (Anämie)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Infektionskrankheiten</b>	Leberentzündung (Hepatitis A / B / C ...)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Tuberkulose?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____		
<b>Schwangerschaft</b>	Wenn ja, in welchem Monat? _____		
<b>Röntgen</b>	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher ab, da wir ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung stellen müssen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

**Liebe Eltern,**

damit Ihr Kind eine möglichst angenehme Zahnbehandlung in unserer Praxis erfährt, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen. Gerne möchten wir uns auf Ihr Kind einstellen und bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und dienen nur der ärztlichen Behandlung in unserer Praxis.

**Patient**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Kostenträger \_\_\_\_\_

**Versicherter**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte?  Vater  Mutter  Sonstige

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Besteht eine Zahnarztangst?  ja  nein

Bisheriger Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  ja  nein

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich?  ja  nein

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Asthma               | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit             | <input type="radio"/> Anfallsleiden (z.B.Epilepsie) |
| <input type="radio"/> Hörstörungen         | <input type="radio"/> Spastik                     | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung        |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung     | <input type="radio"/> Lungenerkrankung            | <input type="radio"/> Erkrankungen des Blutes       |
| <input type="radio"/> Tuberkulose          | <input type="radio"/> Lebererkrankungen/Gelbsucht | <input type="radio"/> Rheuma /rheumatisches Fieber  |
| <input type="radio"/> Nervenerkrankungen   | <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung       | <input type="radio"/> Immunschwäche (AIDS)          |
| <input type="radio"/> geistige Verzögerung | <input type="radio"/> geistige Behinderung        | <input type="radio"/> Lernbehinderung               |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?  ja  nein  
 angeborener oder erworbener Herzfehler  Herzoperation/en  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?  ja  nein

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

Hat Ihr Kind Allergien?  ja  nein

Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?  ja  nein

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

Bitte beachten Sie die Rückseite!

- Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?  ja  nein  
 War es schon einmal im Krankenhaus?  ja  nein  
 Atmet Ihr Kind durch den Mund?  ja  nein  
 Verlieft die Schwangerschaft normal?  ja  nein  
 Geburt normal?  ja  nein

### Essgewohnheiten des Kindes:

- Ist Ihr Kind gerne Süßigkeiten?  ja  nein  
 Wenn ja, wie oft?  selten  1x pro Tag  mehrmals täglich  
 Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?  
 (Mineral-) Wasser  Limonade, gezuckert  Tee gesüßt  Tee ungesüßt  
 Milch  Kakao  Fruchtsäfte  Cola  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

### Zahnpflege

- Die Zähne werden geputzt:  
 vom Kind selbst  mit Hilfe der Eltern  von den Eltern  
 Wann werden die Zähne geputzt?  
 vor dem Frühstück  nach dem Frühstück  nach dem Mittagessen  
 sofort nach dem Abendessen  vorm zu-Bett-gehen  
 Womit werden die Zähne gereinigt?  
 Handzahnbürste  elektr. Zahnbürste  Munddusche  Zahnseide  
 Zahnhölzchen  Zahnzwischenraumbürstchen  
 Zahnpasta (Name) \_\_\_\_\_  mit Fluorid  ohne Fluorid

### Anamnese der Eltern

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  ja  nein  
 Wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
 Neigen Sie zu...  

	Vater:	Mutter:
Karies?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnstein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnarztangst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.