

# Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Für eine adäquate und risikofreie Behandlung benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: Frau/Herr: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied/Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. PLZ/Ort

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_  
privat dienstlich Fax

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Versicherung/Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Freiw. versichert  Zusatzvers.  Beihilfe

**Lesen Sie bitte die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an. Etwaige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.**

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen/Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Rheumatisches Fieber, Endokarditis	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Rheumatische/Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	Vegetarier	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

Patientinnen: Sind Sie schwanger? (Bitte sofortige Mitteilung wegen des Strahlenschutzes)   
Infektiöse Erkrankungen (Hepatitis, AIDS/HIV, TBC, Geschlechtskrankungen etc.)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_  
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?   
Haben sich Ihre Zähne gelockert?   
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?   
Haben Sie Zahnfleischbluten?   
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenkbereich?   
Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja  nein   
Wurde bei Ihnen eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? ja  nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Wer war Ihr vorbehandelnder Zahnarzt? \_\_\_\_\_

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

## Wichtiger Hinweis

Wir bitten Sie, die vereinbarten Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie eine Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dieses bitte bis spätestens zwei Tage vor der geplanten Behandlung mit, damit wir die entstandene Terminlücke schliessen können. Bei kurzfristigerer Absage oder Nichterscheinen müssen wir Ihnen die entstandenen laufenden Kosten von 300 Euro/Std. anteilig in Rechnung stellen, falls es uns nicht gelingt, den dann anfallenden Ausfall zu kompensieren.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen bei Fragen gern zur Verfügung!

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

Bei Ihnen soll im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung Zahnaufbaumaterial eingebracht werden. Es ist unser Ziel, das für Sie individuell geeignete Material zu finden. Mit Hilfe dieses Fragebogens soll Ihr allergisches Risiko ermittelt werden. Durch die korrekte Beantwortung der Fragen unterstützen Sie die Aufklärung.

Haben Sie derzeit Beschwerden in der Mundhöhle?

Unklare Schmerzen

ja  nein

Zungenbrennen

ja  nein

Zahnfleischentzündungen

ja  nein

Andere: \_\_\_\_\_

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Hauterkrankungen (z. B. Ekzeme)

ja  nein

Erkrankungen des Nervensystems

ja  nein

Immunerkrankungen (Rheuma, Lupus, Multiple Sklerose)

ja  nein

Hatten Sie in der Vergangenheit Unverträglichkeitsreaktionen auf zahnärztliche Werkstoffe?

ja  nein

Hatten/haben Sie Hautreaktionen auf Modeschmuck (Nickel, Chrom u. ä.)?

ja  nein

Tragen Sie Gelenkimplantate (z. B. künstliches Knie- o. Hüftgelenk)?

ja  nein

Haben Sie Probleme damit ?

ja  nein

Haben Sie beruflich mit der Verarbeitung von Metallen u. Kunststoffen zu tun ?

ja  nein

Welche Werkstoffe: \_\_\_\_\_

Tragen Sie Piercing- und/oder Tattooschmuck?

ja  nein

Gibt es Unverträglichkeitsreaktionen darauf?

ja  nein

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Allergietest durchgeführt?

Hauttest (Epikutantest)

ja  nein

Lymphozyten-Transformations-Test (LTT)

ja  nein

Auf was haben Sie reagiert? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass, in dem diese Stoffe eingetragen sind?

ja  nein

Hatten Sie in der Vergangenheit eine unangenehme Reaktion auf Betäubungsmittel?

ja  nein

Nehmen Sie gegenwärtig eines der folgenden Medikamente ein?

ja  nein

(Kortisonpräparate, Zytostatika, Immunsuppressiva, Penicillin o. a. Antibiotika)

**Im Gespräch mit Zahnarzt Thomas Blumenberg wurden die o. g. Antworten erörtert.**

**Eine Sensibilisierung auf einen zahnärztlichen Werkstoff ist wahrscheinlich.**

ja  nein

**Es wurde die Durchführung eines präventiven Allergietestes empfohlen.**

ja  nein

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

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt Datum, Unterschrift Patient(in), Gesetzlicher Vertreter