



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir, das Zahnzentrum Tübingen Süd, möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 293 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliche Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon mobil	E-Mail	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	Beruf (freiwillige Angabe)	Telefon Geschäft (freiwillige Angabe)	

## Versicherung

Krankenkasse			
<input checked="" type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> privat versichert	<input type="radio"/> zusatzversichert	<input type="radio"/> beihilfeversichert

Bitte ergänzen, sofern Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

## Hausarzt

Name	PLZ, Ort
------	----------

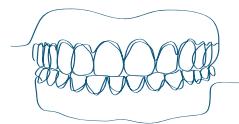
## Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

<input checked="" type="radio"/> Google	<input type="radio"/> Überweisung durch .....	<input type="radio"/> Werbung
<input checked="" type="radio"/> persönliche Empfehlung	<input type="radio"/> Jameda	<input type="radio"/> Sonstiges .....

## Grund Ihres Besuchs?

<input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="radio"/> Endodontie/Wurzelkanalbehandlung	<input type="radio"/> Beratung
<input type="radio"/> Schmerzbehandlung	<input type="radio"/> ästhetische Zahnmedizin	<input type="radio"/> zweite Meinung
<input type="radio"/> Prophylaxe	<input type="radio"/> Implantologie	<input type="radio"/> Sonstiges .....

Was ist Ihnen besonders wichtig? .....



## Allgemeine Gesundheitsfragen

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- |                                       |                          |                            |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| hoher Blutdruck                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| niedriger Blutdruck                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzinfarkt                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzklappenersatz/-erkrankung/-fehler | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzschriftmacher                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Endokarditis                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzoperation                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### Infektöse Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| HIV-Infektion/Stadium AIDS               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose                              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| andere Infektionskrankheiten z. B. MRSA) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### Weitere Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- |                                    |                          |                            |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Blutgerinnungsstörung              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tumorerkrankung/Krebs              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma/Arthritis                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kopf-/Gesichtsschmerzen            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Drogenabhängigkeit                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma/Lungenerkrankung            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nierenerkrankung/-funktionsstörung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lebererkrankung/-funktionsstörung  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Augenerkrankung (z. B. Glaukom)    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| sonstige Erkrankungen              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Aufklärung/Vorsorge

Möchten Sie über nachhaltige Materialien (z.B. Füllungs- oder Implantatmaterialen) aufgeklärt werden?

ja  nein

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Lokalanästhesie/Spritzen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Antibiotika              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schmerzmittel            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Latex                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Metalle                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| andere                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

- |                         |                          |                            |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bisphosphonate?         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutverdünnende Mittel? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Allgemeine Angaben

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich? \_\_\_\_\_ Jahr(e)

Wann hatten Sie die letzte professionelle Zahnreinigung? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_ Jahr(e)

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Unfallverletzung im Gesichtsbereich?  ja  nein

Sind Sie stammzellen-/organtransplantiert?  ja  nein

Haben Sie künstliche Gelenke?  ja  nein

Haben/Hatten Sie eine Chemotherapie?  ja  nein  
Haben/Hatten Sie eine Strahlentherapie?  ja  nein

Besteht Interesse an einer Testung auf individuelle Materialunverträglichkeit?

(Hierdurch entstehen aufgrund einer immunologischen Testung mit Blutabnahme Kosten, welche nicht von den Krankenkassen übernommen werden.)

ja  nein