



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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Festnetz	Telefon mobil	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	Beruf (freiwillige Angabe)	Telefon Geschäft (freiwillige Angabe)	

Versicherung

Krankenkasse

☐ gesetzlich versichert
 ☐ privat versichert
 ☐ zusatzversichert
 ☐ beihilfeversichert

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

Hausarzt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

☐ Google
 ☐ Überweisung durch
 ☐ Werbung

☐ persönliche Empfehlung
 ☐ Jameda
 ☐ Sonstiges

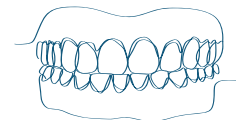
Grund Ihres Besuchs?

☐ Vorsorgeuntersuchung
 ☐ Endodontie/Wurzelkanalbehandlung
 ☐ Beratung

☐ Schmerzbehandlung
 ☐ ästhetische Zahnmedizin
 ☐ zweite Meinung

☐ Prophylaxe
 ☐ Implantologie
 ☐ Sonstiges

Was ist Ihnen besonders wichtig?



Allgemeine Gesundheitsfragen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- hoher Blutdruck ☐ ja ☐ nein
niedriger Blutdruck ☐ ja ☐ nein
Herzinfarkt ☐ ja ☐ nein
Herzklappenersatz/-erkrankung/-fehler ☐ ja ☐ nein
Herzschriltmacher ☐ ja ☐ nein
Endokarditis ☐ ja ☐ nein
Herzoperation ☐ ja ☐ nein

Infektiöse Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ☐ ja ☐ nein
Lebererkrankung/Hepatitis ☐ ja ☐ nein
Tuberkulose ☐ ja ☐ nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ☐ ja ☐ nein
andere Infektionskrankheiten z. B. MRSA ☐ ja ☐ nein

Weitere Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- Blutgerinnungsstörung ☐ ja ☐ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ☐ ja ☐ nein
Epilepsie ☐ ja ☐ nein
Tumorerkrankung/Krebs ☐ ja ☐ nein
Osteoporose ☐ ja ☐ nein
Rheuma/Arthritis ☐ ja ☐ nein
Kopf-/Gesichtsschmerzen ☐ ja ☐ nein
Drogenabhängigkeit ☐ ja ☐ nein
Asthma/Lungenerkrankung ☐ ja ☐ nein
Nierenerkrankung/-funktionsstörung ☐ ja ☐ nein
Lebererkrankung/-funktionsstörung ☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenerkrankung ☐ ja ☐ nein
Augenerkrankung (z. B. Glaukom) ☐ ja ☐ nein
sonstige Erkrankungen ☐ ja ☐ nein

Aufklärung/Vorsorge

- Möchten Sie über nachhaltige Materialien (z.B. Füllungs- oder Implantatmaterialien) aufgeklärt werden? ☐ ja ☐ nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ☐ ja ☐ nein
Antibiotika ☐ ja ☐ nein
Schmerzmittel ☐ ja ☐ nein
Latex ☐ ja ☐ nein
Metalle ☐ ja ☐ nein
andere ☐ ja ☐ nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

- Bisphosphonate? ☐ ja ☐ nein
Blutverdünnende Mittel? ☐ ja ☐ 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?

Seit wann Nichtraucher? 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? ☐ ja ☐ nein

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