

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,**

wir freuen uns, dass Sie die Zahnpraxis Nobis und Ganß ausgewählt haben und uns Ihre Gesundheit anvertrauen.

Bitte lassen Sie sich nicht von den vielen Fragen abschrecken. In Ihrem Interesse bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen – bei eventuellen Nachfragen helfen wir gerne. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

**Patient**

**Versicherter**

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

Straße:

Straße:

PLZ:

Ort:

PLZ:

Ort:

Telefon (Privat)

Telefon (Privat)

Telefon (Geschäftlich)

Telefon (Geschäftlich)

E-Mailadresse:

Beruf:

Arbeitgeber:

**Versicherung**

Private Krankenversicherung:

Haben Sie einen Basistarif: Ja  Nein

Gesetzliche Krankenversicherung:

Sind Sie beihilfeberechtigt: Ja  Nein

Sind Sie privat zusatzversichert: Ja  Nein

Sind Sie  pflichtversichert oder  freiwillig versichert

Welcher Arzt hat Sie zu uns überwiesen:	
Wer hat uns empfohlen:	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:	
Freunde, Bekannte oder Verwandte	Arbeitskollegen
Sonstiges:	

## Gesundheitsfragen

### Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Krampfleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappendefekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Endokarditis/Myokarditis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Infektionserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Suchtleiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein:

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wenn ja wie viel:

\_\_\_\_\_

Haben Sie sich in den letzten Jahren einer Operation unterziehen müssen?

Ja  Nein

Wenn ja welche:

\_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine Strahlenbehandlung durchgeführt?  Ja  Nein

Mussten Sie sich jemals einer Tumorbehandlung unterziehen?  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen jemals ein Organ transplantiert?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente zur Senkung Ihrer Abwehrkräfte?  Ja  Nein

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate?  Ja  Nein

Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt?

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Ja  Nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft oder stillen Sie?  Ja  Nein

Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen oder Migräne?  Ja  Nein

**Fragen zu Ihren Zähnen**

Waren Sie regelmäßig in zahnärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Bestand oder besteht bei Ihnen Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen jemals eine Parodontose-Therapie durchgeführt?  Ja  Nein

Beobachten Sie bei sich Zahnwanderungen?  Ja  Nein

Haben Sie jemals eine Spange oder Schiene getragen?  Ja  Nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?  Ja  Nein

Wer ist Ihr Hausarzt? : \_\_\_\_\_

**Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuchs bei Nobis und Ganß möglichst genau.** Stört sie etwas an Ihren Zähnen? Welche Vorbehandlung sind von Zahnärzten bereits durchgeführt worden? Welche Hinweise können Sie uns noch geben?

---

---

---

---

---

---

---

**Wir interessieren uns für Ihre Wünsche:**

Sind Sie an zahnärztlicher Prophylaxe interessiert?  Ja  Nein

Wünschen Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistung von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?  Ja  Nein

Wie möchten Sie in Zukunft an Ihre Termine erinnert werden:

Per Telefon:

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

Per Post:



**Wichtige Hinweise:**

Wir möchten Sie an dieser Stelle dringend darauf hinweisen, dass nach örtlicher Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Durch Ihre Terminvereinbarung mit uns wird für Sie in der Regel ein bestimmter Zeitraum exklusive für Sie reserviert. Ihr Vorteil ist, dass Sie daher kaum Wartezeit in Kauf nehmen müssen und wir uns vollständig auf Ihre Behandlung konzentrieren können. Daher ist es sehr wichtig, dass Sie pünktlich zu Ihrem Termin erscheinen.

Nobis und Ganß freuen sich auf Ihren Besuch.

Ihr Praxisteam von Nobis und Ganß

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_