

Joh.-Specht Str.5a 23701 Eutin

Telefon 0 45 21. 79 57 80 Fax 0 45 21. 79 57 81

info@zahnaerzte-eutin.de oder www.zahnaerzte-eutin.de

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis,

wir möchten Sie gerne optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

### Patient

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Straße/Nr.....PLZ/Ort.....

Telefon privat.....Mobil.....

### Freiwillige Angaben

Tel.geschäftlich.....E-Mail.....

Beruf.....Arbeitgeber.....

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Straße/Nr.....PLZ/Ort.....

Telefon privat..... Mobil.....

### Freiwillige Angaben

Tel.geschäftlich.....E-Mail.....

Beruf.....Arbeitgeber.....

Krankenkasse Name.....

Gesetzliche Krankenkasse     Private Krankenkasse     Zusatzversicherung

vollversichert     Standardtarif (1,7fach)     Anspruch auf Beihilfe

### Kennen Sie Ihren Vertragsinhalt bei der Zusatzversicherung ?

Wir helfen Ihnen gerne!

**Ihre Wünsche sind uns wichtig....**

Grund Ihres Besuches ? .....

Worauf legen Sie besonderen Wert ? .....

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst ? .....

**Welche der aufgeführten zahnmedizinischen relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?**

**allg. Zahnärztlich**

- Zahnschmerzen
- überempfindliche Zähne
- Zahnverfärbungen
- Sonstiges.....

**Kiefergelenk**

- Kiefergelenk-Schmerzen
- Zähneknirschen
- Kopfschmerzen/ Migräne

**Parodontitis**

- Mundgeruch
- Zahnfleischbluten
- Zahnlockerung

**Spezielle Zahnmedizinische Angaben**

Haben Sie akute Zahnschmerzen? ja / nein

Falls ja, tragen Sie Ihren gefühlten Wert auf nachfolgender Skala ein:

|-----|

Kein Schmerz Extrem starker Schmerz

Leiden Sie unter einer Zahnbehandlungsangst? ja / nein

|-----|

Keine Angst Stärkste vorstellbare Angst

Stehen Sie zur Zeit unter Stress? ja / nein

|-----|

Ich bin ausgeglichen Ich bin im Dauerstress

**Röntgen**

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja / nein

Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft? ja / nein

**Ärztliche Behandlung**

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher/ heilpraktiker Behandlung? ja / nein

Bestand oder besteht bei Ihnen eine Erkrankung? ja / nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Heilpraktiker:**.....**Facharzt:**.....

Ort:.....Ort:.....

Telefonnummer:.....Telefonnummer:.....

**Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen?**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja / nein

Wenn, ja welche ?.....

**Bitte bringen Sie eine Medikamentenliste von Ihrem Hausarzt mit!**

**Herz- und Kreislauferkrankungen...**

Herzschwäche (Insuffizienz)	ja / nein	Niedriger Blutdruck	ja / nein
Herzinfarkt	ja / nein	Hoher Blutdruck	ja / nein
Herzklappenersatz / Herzfehler	ja / nein	Unregelmäßiger Herzschlag	ja / nein
Herzschrittmacher	ja / nein	Apoplex	ja / nein

Sonstiges.....

Welche Medikamente nehmen Sie?.....

**Bluterkrankungen**

Blutungsneigung (Hämophilie) ja / nein

Blutarmut (Anämie) ja / nein

Sonstiges.....

Welche Medikamente nehmen Sie?.....

**Allergien**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Metall / Nahrungsmittel / Deodorant / Medikamente

Sonstige:.....

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja / nein

**Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?** ja / nein

### Augenerkrankung

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? ja / nein

### Atemwegserkrankungen

Lungenerkrankung/Asthma? ja / nein

Tagesmüdigkeit? ja / nein

Schnarchen/ Atemaussetzer? ja / nein

Waren Sie schon deswegen beim HNO-Arzt? ja / nein

Wenn, ja welche Medikation?  CPAP-Gerät  Schienentherapie  sonstige.....

### Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/C) ja / nein

Tuberkulose ja / nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja / nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ja / nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?.....

Welche Medikamente nehmen Sie?.....

### Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung ja / nein Schilddrüsenerkrankung ja / nein

Zuckerkrankheit ( Diabetes) ja / nein Sonstiges.....

Welche Medikamente nehmen Sie?.....

### Sedierung/Beruhigung/Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle ja / nein

Krämpfe ja / nein

Psychosomatische Erkrankungen ja / nein

Ohnmachtsanfälle ja / nein

Nehmen Sie Aufputsch-oder Beruhigungsmittel? ja / nein

Sonstiges.....

Welche Medikamente nehmen Sie?.....

## Drogen

Drogenabhängigkeit ja / nein  
Alkoholabhängigkeit ja / nein  
Nikotinabhängigkeit ja / nein

### Wichtige Hinweise:

Die sorgfältige Beantwortung der Fragen ist sehr wichtig für die optimale Anpassung unserer Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge. Im Zweifelsfall bitten wir Sie, uns zu fragen. Wir sind Ihnen gerne behilflich.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Weiterhin werde ich darauf hingewiesen, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für mich reserviert wird. Vereinbarte Termine sollen deswegen unbedingt eingehalten bzw. 48 Stunden vorher abgesagt werden. Diese Termine sind jeweils für eine spezifische Behandlung angepasst und können in der Regel nicht ohne weiteres ausgetauscht werden.

**Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!**

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet       auf Empfehlung von \_\_\_\_\_       andere Quelle

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ja / nein

Wie möchten Sie erinnert werden?  per Telefon       E-Mail

### Kennen Sie unsere Praxis-Internetseite?

[www.zahnaerzte-eutin.de](http://www.zahnaerzte-eutin.de) ja / nein

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden?.....

Welche Informationen suchen Sie auf der Webseite einer Zahnarztpraxis?.....

---

Datum, Unterschrift

**Datenschutzbeauftragte:** Katrin Richter

Joh.-Specht Str. 5a, 23701 Eutin

k.richter@zahnaerzte-eutin.de



Joh.-Specht Str.5a 23701 Eutin

Telefon 0 45 21. 79 57 80 Fax 0 45 21. 79 57 81

info@zahnaerzte-eutin.de oder www.zahnaerzte-eutin.de

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Liebe Eltern, dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Behandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen Sie ihn zur Behandlung mit, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

### Patient

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Straße/Nr.....PLZ/Ort.....

Erziehungsberechtigte  Mutter  Vater  Sonstige

Kosenname des Kindes.....

Mein Kind geht in Schule  Kindergarten  eine andere Einrichtung

### Wer ist der Versicherter/Rechnungsempfänger?

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Straße/Nr.....PLZ/Ort.....

Telefon privat.....Mobil.....

### Freiwillige Angaben

Geschäftlich.....E-Mail.....

Beruf.....Arbeitgeber.....

Krankenkasse Name.....

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  Zusatzversicherung

vollversichert  Standardtarif (1,7fach)  Anspruch auf Beihilfe

Kinderarzt:.....

Ort:.....

Telefonnummer:.....

**Ihre Wünsche sind uns wichtig....**

Grund Ihres Besuches ? .....

Worauf legen Sie besonderen Wert? .....

Hat ihr Kind Angst vorm Zahnarzt?  ja  nein

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind am meisten Angst? .....

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gesammelt durch

- Schmerz  Festhalten
- Spritze  Falsche Versprechungen
- Andere Vorkommnisse, nämlich.....

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? .....

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? .....

Wer war der Vorbehandler? .....

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? .....

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  ja  nein

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

**Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?**  ja  nein

**Ernährung**

Wurde Ihr Kind gestillt?  ja  nein

Wie lange ?.....

Welche Getränke bekommt Ihr Kind? .....

Woraus trinkt ihr Kind die Getränke?.....

Isst Ihr Kind viel Süßes?  ja  nein

**Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?**

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

Hat Ihr Kind alle Impfungen vollständig?  ja  nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?  ja  nein

- Wenn ja  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?.....

Ist Ihr Kind schon mal operiert worden?  ja  nein

Hatte es schwere Unfälle?  ja  nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund?  ja  nein

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?  Daumen  Schnuller

**Röntgen**

Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  ja  nein

Möchten Sie von uns regelmäßig an einen Kontrolltermin alle 6 Monate Ihres Kindes erinnert werden  ja  nein

Wie möchten Sie erinnert werden?  per Telefon  E-Mail



**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Internet       auf Empfehlung von \_\_\_\_\_       andere Quelle

**Kennen Sie unsere Praxis-Internetseite?:**

[www.zahnaerzte-eutin.de](http://www.zahnaerzte-eutin.de)       ja       nein

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden ?.....

Welche Informationen suchen Sie auf der Webseite einer Zahnarztpraxis ?.....

**Wichtige Hinweise:**

Die sorgfältige Beantwortung der Fragen ist sehr wichtig für die optimale Anpassung unserer Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge. Im Zweifelsfall bitten wir Sie, uns zu fragen. Wir sind Ihnen gerne behilflich.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Weiterhin werde ich darauf hingewiesen, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für mich reserviert wird. Vereinbarte Termine sollen deswegen unbedingt eingehalten bzw. 48 Stunden vorher abgesagt werden. Diese Termine sind jeweils für eine spezifische Behandlung angepasst und können in der Regel nicht ohne weiteres ausgetauscht werden.

**Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!**

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis.

Eutin ,den \_\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir möchten, dass Sie ohne Angst zum Zahnarzt gehen, weil Sie wissen, was Sie erwartet. Deshalb geben wir Ihnen Gelegenheit, sich umfassend zu informieren – über unsere Praxis und unsere Behandlungsphilosophie.

[www.zahnaerzte-eutin.de](http://www.zahnaerzte-eutin.de)

**Datenschutzbeauftragte:** Katrin Richter

Joh.-Specht Str. 5a, 2371 Eutin

k.richter@zahnaerzte-eutin.de

