

Gemeinsam mit Ihnen möchten wir die für Sie beste Behandlung finden. Dazu brauchen wir aus medizinischen Gründen auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Diese unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte bringen Sie Ihren Medikamentenplan mit. Viele Medikamente beeinflussen, wie wir behandeln dürfen — vollständige Angaben sind für Ihre Sicherheit entscheidend.

Patientin / Patient

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht (w / m / d)

Beruf

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon privat / mobil

Telefon geschäftlich

E-Mail

Im Notfall zu benachrichtigen (Name, Telefon)

Versicherte Person

Nur ausfüllen, falls abweichend von oben.

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Versicherung

Name der Krankenkasse / Versicherung

Zusatzversicherung, falls vorhanden

Versicherungsart

☐

gesetzlich

☐

privat

☐

privat, Basistarif

☐

Beihilfe

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Hausärztin / Hausarzt — Name, Ort, Telefon

Überweisende Praxis, falls vorhanden

Herz und Kreislauf

	ja	nein	Ergänzung
Hoher Blutdruck	☐	☐	
Niedriger Blutdruck	☐	☐	
Herzerkrankung	☐	☐	
Herzklappenerkrankung oder -defekt	☐	☐	
Künstliche Herzklappe oder Rekonstruktion mit Fremdmaterial	☐	☐	
Früher durchgemachte Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	☐	☐	
Angeborener Herzfehler	☐	☐	
Herzinfarkt — wann?	☐	☐	
Herzoperation	☐	☐	
Herzschrittmacher oder Defibrillator	☐	☐	
Schlaganfall oder TIA — wann?	☐	☐	

Medikamente und besondere Therapien

Dieser Abschnitt ist besonders wichtig. Bitte beantworten Sie ihn vollständig — auch wenn eine Behandlung schon länger zurückliegt.

	ja	nein	Ergänzung
Blutverdünnende Medikamente	☐	☐	
Marcumar, Falithrom oder Warfarin	☐	☐	
Eliquis, Xarelto, Lixiana oder Pradaxa	☐	☐	
ASS / Aspirin, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor	☐	☐	
Heparin-Spritzen	☐	☐	
Medikamente gegen Osteoporose oder Knochenmetastasen	☐	☐	
Tabletten, z. B. Alendronat, Risedronat, Ibandronat	☐	☐	
Spritzen, z. B. Prolia, XGEVA, Evenity, Aclasta	☐	☐	
Wann zuletzt?			
Cortison über längere Zeit	☐	☐	
Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken	☐	☐	
z. B. nach Transplantation, bei Rheuma, Biologika	☐	☐	
Krebserkrankung — welche, wann?	☐	☐	
Chemotherapie oder Immuntherapie	☐	☐	
Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich — wann, welche Region?	☐	☐	
Abnehm- oder Diabetesspritzen	☐	☐	
z. B. Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Trulicity	☐	☐	
Weitere regelmäßige Medikamente	☐	☐	

Warum wir so genau fragen

Bestimmte Medikamente gegen Osteoporose und eine frühere Bestrahlung können dazu führen, dass der Kieferknochen nach einem Eingriff schlecht heilt. Wenn wir davon wissen, berücksichtigen wir das. Wenn nicht, kann es ernste Folgen haben.

Allergien und Unverträglichkeiten

	ja	nein	Ergänzung
Örtliche Betäubung beim Zahnarzt	☐	☐	
Schmerzmittel	☐	☐	
Antibiotika — welche?	☐	☐	
Latex	☐	☐	
Metalle, z. B. Nickel	☐	☐	
Jod oder Desinfektionsmittel	☐	☐	
Kunststoffe oder Zahnmaterialien	☐	☐	
Andere	☐	☐	
Allergiepass vorhanden?	☐	☐	

☐ ja, bringe ich mit ☐ nein

Infektionserkrankungen

	ja	nein	Ergänzung
Hepatitis — welche Form?	☐	☐	
HIV	☐	☐	
Tuberkulose	☐	☐	
Andere	☐	☐	

Weitere Erkrankungen

	ja	nein	Ergänzung
Blutgerinnungsstörung oder verstärkte Blutungsneigung	☐	☐	
Diabetes — seit wann, wie eingestellt?	☐	☐	
Osteoporose	☐	☐	
Asthma	☐	☐	
Lungenerkrankung	☐	☐	
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	
Lebererkrankung	☐	☐	
Nierenfunktionsstörung oder Dialyse	☐	☐	
Rheuma	☐	☐	
Epilepsie	☐	☐	
Immunschwäche	☐	☐	
Neigung zu Ohnmacht oder Kreislaufproblemen	☐	☐	
Andere	☐	☐	

Zu Ihren Zähnen

Letzter Zahnarztbesuch — wann ungefähr?

Haben Sie zurzeit Beschwerden? Welche?

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Putzen? ☐ ja ☐ nein ☐ manchmal

Anamnesebogen

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
- Beschwerden im Kiefergelenk oder Knacken beim Öffnen? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie unter Mundtrockenheit? ☐ ja ☐ nein
- Gab es früher Probleme, z. B. mit der Betäubung? ☐ ja ☐ nein
- Ist Ihnen der Zahnarztbesuch unangenehm? ☐ ja ☐ ein wenig ☐ nein

Wenn Ihnen der Zahnarztbesuch schwerfällt, sagen Sie es uns ruhig. Wir richten uns darauf ein.

Tabak

- Rauchen Sie? ☐ nein, nie ☐ ja ☐ aufgehört vor Jahren
- Wenn ja, wie viel? ☐ weniger als 10 ☐ 10 oder mehr Zigaretten pro Tag
- Andere Tabakerzeugnisse? ☐ ja ☐ nein Pfeife, Zigarre, Shisha, E-Zigarette, Tabakerhitzer

Alkohol

- Wie viele alkoholische Getränke pro Woche ungefähr? ☐ keine ☐ etwa Gläser

Ein Glas entspricht 0,3 l Bier, 0,2 l Wein oder 4 cl Spirituose.

Weitere Angaben

- Nehmen Sie Substanzen ein, die für die Behandlung wichtig sein könnten? ☐ ja ☐ nein
- Schwangerschaft ☐ ja, im Monat ☐ nein
- Stillzeit ☐ ja ☐ nein
- Frühere Röntgenaufnahmen der Zähne — wann, wo?
- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wichtige Hinweise

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir verarbeiten sie ausschließlich für Ihre Behandlung sowie die damit verbundene Dokumentation und Abrechnung. Rechtsgrundlage ist Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h der Datenschutz-Grundverordnung. Ausführliche Informationen erhalten Sie in unserer Datenschutzerklärung — in der Praxis oder auf unserer Website.

Bitte informieren Sie uns, wenn sich Ihr Gesundheitszustand, Ihre Medikation, Ihre Anschrift oder Ihr Versicherungsstatus ändern.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet und diese Hinweise gelesen habe.

Bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ist für eine Behandlung — außer bei akuten Schmerzen — das Einverständnis mindestens eines Erziehungsberechtigten erforderlich.

Datum	Unterschrift Patientin / Patient	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r, falls zutreffend

Vielen Dank fürs Ausfüllen! 😊