



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir, das ZIZ Wangen, 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 .....

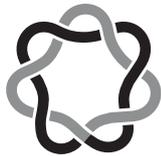
## Grund Ihres Besuchs?

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  
Herzschrittmacher  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 Unfall-  
verletzung 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.)