



# AUFNAHMEBOGEN

Für Ihre optimale zahnärztliche Behandlung benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen; bei evtl. Fragen helfen wir gerne weiter. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Allgemeine Patientendaten

Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Anschrift

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_

### Versicherungsdaten

Pflichtversichert     Freiwillig versichert     Privat   
Privat (Basistarif)   
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Familierversichert   
Name, Vorname, Geburtsdatum des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

### Freiwillige Angaben

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Letzter Zahnarzt: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Letzter Besuch: \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

## Terminreminderung

Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden?  
Nein     Ja     per SMS     telefonisch

## Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_  
Internet/Google-Suche     Indento   
Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Allgemeine zahnmedizinische Fragen

Haben Sie ein Bonusheft? ..... Ja     Nein   
Ist der Würgereiz bei Ihnen leicht auszulösen? ..... Ja     Nein   
Haben Sie je eine unangenehme Reaktion auf ein zahnärztliches Anästhetikum erlebt? ..... Ja     Nein   
Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichts oder der Kiefer? ..... Ja     Nein   
Wurden Sie je im Bereich von Mund und Lippen operiert? ..... Ja     Nein   
Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihren Kieferhöhlen? ..... Ja     Nein   
Sind Sie Mundatmer? ..... Ja     Nein   
Haben Sie empfindliche Zähne oder Zahnhälse? ..... Ja     Nein   
Beklagen Sie sich öfters über Aphten? ..... Ja     Nein   
Haben Sie sich je einer Kieferorthopädischen Behandlung unterzogen? ..... Ja     Nein   
Haben Sie an Ihren Zähnen einen Rückgang des Zahnfleisches bemerkt? ..... Ja     Nein   
Haben sich Ihre Zähne in letzter Zeit verschoben? ..... Ja     Nein   
Haben Sie Zahnfleischbluten? ..... Ja     Nein   
Leiden Sie unter Mundgeruch? ..... Ja     Nein   
Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Fälle von Parodontitis? ..... Ja     Nein   
Wurde bei Ihnen eine Parodontitisbehandlung durchgeführt? ..... Ja  vor \_\_\_\_\_ Jahren    Nein   
Sind Sie in Orthopädischer Behandlung? ..... Ja     Nein   
Haben Sie Beschwerden im Nacken- oder Rückenbereich? ..... Ja     Nein   
Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? ..... Ja     Nein   
Haben bzw. hatten Sie eine Knirscher-Schiene? ..... Ja     Nein   
Leiden Sie unter chronischen Kopfschmerzen? ..... Ja     Nein   
Wann wurden Sie das letzte Mal am Kopf geröntgt? ..... vor \_\_\_\_\_ Monaten

## Raucheranamnese

Nichtraucher   
ehemaliger Raucher (Nichtraucher > 5 Jahre)   
Raucher  Anzahl der Zigaretten / Tag \_\_\_\_\_

## Mundhygiene

### Zahnbürste

weich  mittel  hart  manuell  elektrisch   
Anwendung täglich \_\_\_\_\_ Mal Minuten \_\_\_\_\_  
neue Zahnbürste alle: \_\_\_\_\_ Wochen

### Zusätzliche Hilfsmittel

Zahnseide  Interdentalbürste  Fluorid   
Mundspülung  Sonstige: \_\_\_\_\_

### Professionelle Zahnreinigung

Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal Zahnstein entfernt?  
Vor \_\_\_\_\_ Monaten

Ist bei Ihnen eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt worden? Ja  Nein  Vor \_\_\_\_\_ Monaten

## Medizinische Anamnese

Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? ..... Ja  Nein   
Haben Sie je eine große Operation über sich ergehen lassen? ..... Ja  Nein   
Waren Sie je sehr schwer krank? ..... Ja  Nein   
Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ..... Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Rheuma <input type="checkbox"/>	Gelbsucht (Hepatitis) <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/>
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	Geschlechtskrankungen <input type="checkbox"/>	Hirnschlag <input type="checkbox"/>
Herzkrankungen <input type="checkbox"/>	Asthma, Heuschnupfen <input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/>
AIDS, HIV+ <input type="checkbox"/>	Diabetes, Zucker <input type="checkbox"/>	Sonstige: _____

### Haben Sie eine unangenehme Reaktion (Allergie) auf folgende Medikamente (gehabt)?

Aspirin <input type="checkbox"/>	Iod <input type="checkbox"/>	Sulfonamide <input type="checkbox"/>
Nickel <input type="checkbox"/>	Gold <input type="checkbox"/>	Penicillin <input type="checkbox"/>
Sonstige: _____		

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufes oder des Herzens? ..... Ja  Nein   
*Nur Frauen:* Besteht bei Ihnen gegenwärtig der Verdacht auf Schwangerschaft? ..... Ja  Nein   
*Nur Frauen:* Nehmen Sie orale Antikonzeptiva (Pille) ein? ..... Ja  Nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Zahnersatz

Sind Ihre Zähne mit Kronen oder Brücken versorgt?  
Ja  Nein  eingesetzt vor \_\_\_\_\_ Jahren  
Tragen Sie eine Prothese?  
Ja  Nein  seit \_\_\_\_\_ Jahren;  
Wie alt ist Ihre jetzige Prothese? \_\_\_\_\_ Jahre

## Ästhetik

Sind Sie mit dem Aussehen (Farbe, Form) Ihrer Zähne zufrieden?  
Ja  Nein

Was würden Sie gerne ändern? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist Ihnen die Farbe der Füllungsmaterialien wichtig?

Ja  Nein

Möchten Sie zahnfarbene Füllungen?

Ja  Nein

Wurden Ihre Zähne gebleicht („Bleaching“)?

Ja  Nein