





# ZAHNARZT DR. TETHI

Zahngesundheit in Bargteheide

## GESUNDHEITSFragen

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja

Knirschen Sie mit Ihren Zähnen? Nein Ja

Wann war ihre letzte Röntgenuntersuchung der Zähne? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- und/oder Gefäßerkrankungen? Nein Ja

Herzschwäche                      Herzrhythmusstörungen                      Angina pectoris  
Herzschrittmacher                      Herzklappenersatz                      Zustand nach Herzinfarkt  
Thrombose                      Bluthochdruck

Anderes: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin/Marcumar/Xarelto)? Nein Ja

Zutreffendes bitte unterstreichen oder hier eintragen: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Bluterkrankung? Nein Ja

Blutungsneigung (Hämophilie)                      Blutarmut

Anderes: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Lungenerkrankung? Nein Ja

Asthma                      Anderes: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einem grünem Star (Glaukom)? Nein Ja

Haben sie eine Stoffwechselerkrankung? Nein Ja

Diabetes Typ \_\_\_\_                      Schilddrüsenerkrankung                      Magen-, Darmerkrankung  
Nierenerkrankung                      Anderes: \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu epileptischen Anfällen bzw. Krämpfen? Nein Ja

Sind Sie an einer Infektionskrankheit erkrankt? Nein Ja

Leberentzündung                      Tuberkulose                      HIV/ AIDS  
(Hepatitis A/B/C) Zutreffendes bitte unterstreichen

Haben Sie eine Erkrankung am Skelett? Nein Ja

Arthrose                      Rheuma                      Hals-Nackenprobleme  
Künstliches Hüft-, und/oder Kniegelenk

Nehmen Sie Bisphosphonate ein oder wird eine Osteoporose bei Ihnen behandelt? Nein Ja

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden? Nein Ja

Tinnitus                      Schwindel                      Spannungskopfschmerzen  
Migräne                      Knacken des Kiefergelenkes                      Muskelverspannungen

Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? Nein Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



# ZAHNARZT DR. TETHI

Zahngesundheit in Bargteheide

- |   |      |    |
|---|------|----|
| 13. Sind Sie schwanger?   | Nein | Ja |
| Wenn ja, in welchem Monat? _____                                      |      |    |
| 14. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                            | Nein | Ja |
| Wenn ja, welche? _____  |      |    |
| 15. Haben Sie Allergien?  | Nein | Ja |
| Reagieren Sie überempfindlich auf irgendwelche Substanzen/Arzneien?   | Nein | Ja |
| Wenn ja, Welche? _____  |      |    |
| 16. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? | Nein | Ja |
| Wenn ja, Welche? _____  |      |    |

## RECALL

- |  |      |    |
|--|------|----|
| Wünschen Sie eine halbjährliche Recallerinnerung?                  | Nein | Ja |
| Wie soll die Terminerinnerung erfolgen?   SMS   E-Mail   Postkarte |      |    |

## ZUSATZFRAGEN KIND

- |  |      |    |
|--|------|----|
| Hat bereits eine zahnärztliche Behandlung stattgefunden?   | Nein | Ja |
| Existieren Röntgenbilder ihres Kindes?   | Nein | Ja |
| Hatte ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?                                  | Nein | Ja |
| Gab es in der Vergangenheit einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich (z.B. Sturz auf die Zähne)? | Nein | Ja |
| Derzeitiges Hauptgetränk ihres Kindes _____  |      |    |
| Helfen Sie ihrem Kind noch beim Zähneputzen / Putzen Sie nach?                                     | Nein | Ja |
| Lutscht ihr Kind am Daumen / Schnuller?  | Nein | Ja |

## DATENSCHUTZ

Ihre personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und entsprechen den gesetzlichen Vorschriften. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Sämtliche Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Die Datenschutzerklärung unserer Praxis können Sie auf unserer Homepage (Servicebereich) herunterladen. In ausgedruckter Form finden Sie unsere Datenschutzerklärung im Praxiswartezimmer. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie.

Mit Ihrer Unterschrift nehmen Sie die Patienteninformation zu Art. 13 DS-GVO (Datenschutz) zur Kenntnis.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift (bei Minderjährigen, die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)