

# Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Bleckede!

---

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine risikofreie und ganzheitliche Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand für uns sehr wichtig. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Weshalb suchen Sie heute unsere Praxis auf?** \_\_\_\_\_

---

Routinekontrolle     neuer Zahnersatz     Beratung     Zweitmeinung     Schmerzbehandlung

---

## Persönliches:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

---

## Versicherung

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 gesetzlich versichert     privat versichert     beihilfeberechtigt     Zusatzversicherung     Basistarif

*Sind Patient\*in und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:*

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

---

## Praxis

*Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?*

Homepage     Suchmaschine     Anzeige     Jameda     Lage d. Praxis     Persönliche Empfehlung

*Ich wünsche eine gezielte Beratung über ...*

Implantate     Prophylaxe     Kinderprophylaxe     Zahnersatz     Laser-Behandlung     Zahnfleisch-  
behandlung     Beratung für Schwangere     Mundgeruchsprechstunde     Amalgamaustausch/-alternativen  
 Bleaching     Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde     Kiefergelenk-Behandlung (CMD)  
 angstfreie Behandlung     Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung     Sonstiges \_\_\_\_\_

---

# Zahnarztpraxis Bleckede

Dr. med. dent. Sven Putzier

## Allgemeine Gesundheit

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- Herzinfarkt
- Angina Pectoris
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)  
\_\_\_\_\_
- Osteoporose
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein?
- Nierenfunktionsstörungen
- Infektiöse Erkrankungen  
(HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
- Epilepsie
- Tumorerkrankungen
- Augenerkrankung  
(Glaukom, grauer oder grüner Star)
- Magen-Darm-Erkrankung \_\_\_\_\_
- Rheuma
- Depressionen
- Allergien? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Allergiepass?

## Mundgesundheit

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Haben Sie Zahnfleischprobleme oder Blutungen beim Zähneputzen?
- Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung?
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?
- Wünschen Sie sich hellere Zähne?

Haben Sie akute Schmerzen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?  
\_\_\_\_\_

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?  
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?  
\_\_\_\_\_

**Wünschen Sie eine Terminerinnerung für Ihren Prophylaxe-Termin oder die jährliche Kontrolle?**

Ja  Nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.  
Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie dringend, Ihren Termin mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.

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