

Liebe Patientinnen und Patienten,

Ihre Besuche bei uns sollen so angenehm wie möglich sein. Wir haben den Anspruch, Sie bei uns zahnmedizinisch optimal und individuell zu beraten und zu behandeln. Dazu benötigen wir von Ihnen möglichst genaue Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand sowie die eventuelle regelmäßige Einnahme von Medikamenten. Auf den nachfolgenden Seiten haben wir für Sie die für uns wichtigen Informationen bereits in Form eines Fragebogens zusammengefasst.

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen uns ausschließlich zur Verbesserung Ihrer individuellen Behandlung in unserer Praxis. Die gemachten Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben – das ist selbstverständlich!

Haben Sie Fragen? Unsere Kolleginnen an der Rezeption sind Ihnen gerne behilflich und stehen Ihnen diskret beim Ausfüllen des Fragebogens zur Seite.

Herzlichen Dank – Ihr Praxisteam Dr. Katrin Wolf

## Ihre persönlichen Angaben

Frau     Herr

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

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtstagstort: \_\_\_\_\_

## Ihr Hausarzt / Spezialist

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## Ihre Krankenversicherung

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

- Privatpatient Basisvertrag
- Privatpatient Standard
- Private Zusatzversicherung

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

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

Geburtstag: \_\_\_\_\_

## Ihre Kontaktinformation

Ich möchte von Ihnen wie folgt kontaktiert werden:

per Telefon: \_\_\_\_\_  per Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

per E-Mail: \_\_\_\_\_ Möchten Sie am Recall teilnehmen?  Ja  Nein

Bitte machen Sie mindestens eine Angabe, damit wir Sie über Terminverschiebungen, Öffnungszeiten und wichtige Neuigkeiten unserer Praxis informieren können. Sie können Ihre Angaben zu jedem Zeitpunkt ändern oder widerrufen. Geben Sie einfach unseren Kolleginnen an der Rezeption einen entsprechenden Hinweis.

Bitte machen Sie alle Angaben möglichst genau und ergänzen Sie diese gegebenenfalls unter „Andere wichtige Informationen.“

## Liegen Erkrankungen in folgenden Bereichen vor? Zutreffendes bitte ankreuzen:

**Herz**  
 Ja       Nein

Herzinfarkt, wann: \_\_\_\_\_

Angina Pectoris

Herzfehler

Herzinsuffizienz, Herzschwäche

Herzmuskelerkrankung

Herzklappen-Entzündung/-fehler

Herzklappenersatz

Schrittmacher/  
implementierter Defibrillator

Andere wichtige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lunge/Atemwege**  
 Ja       Nein

Asthma bronchiale

Allerg. Asthma

Tuberkulose

Chronische Bronchitis

Atemnot bei Anstrengung

COPD

Schlafapnoe

Andere wichtige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kreislauf/Gefäße**  
 Ja       Nein

Hoher Blutdruck/Hypertonie  
Werte: \_\_\_\_\_

Niedriger Blutdruck/Hypotonie  
Werte: \_\_\_\_\_

Ohnmachtsanfälle/Kollaps

Schlaganfall, wann: \_\_\_\_\_

Atemnot bei Anstrengung

COPD

Schlafapnoe

Andere wichtige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Blut**  
 Ja       Nein

Gerinnungsstörungen

Blaue Flecken

Nasenbluten

Nachblutungen nach Operation

Andere wichtige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Stoffwechsel**  
 Ja       Nein

Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus

insulin-pflichtig

Medikamente oral

Diät

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

Andere wichtige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Infektionen**  
 Ja       Nein

HIV Infektion

Aphten

Herpes labiales

Herpes Zoster, Gürtelrose

Andere wichtige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Niere**  
 Ja       Nein

Nierenentzündung

Niereninsuffizienz

Dialyse

Andere wichtige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Augen**  
 Ja       Nein

Glaukom/Grüner Star

Andere wichtige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergie/Überempfindlichkeit**  
 Ja       Nein

Medikamente

Latex

Metalle

Andere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergiepass vorhanden

Bitte machen Sie alle Angaben möglichst genau und ergänzen Sie diese gegebenenfalls unter „Andere wichtige Informationen.“

## Liegen Erkrankungen in folgenden Bereichen vor? Zutreffendes bitte ankreuzen:

**Skelettsystem**  
 Ja     Nein

Kiefergelenk/Nacken  
 Gelenkerkrankung  
 allgemein Osteoporose  
 Andere wichtige Informationen:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Leber**  
 Ja     Nein

Gelbsucht (Hepatitis)  
 Leberfunktionsstörung  
 Andere wichtige Informationen:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nerven und Gemüt**  
 Ja     Nein

Krampfanfälle (z. B. Epilepsie)  
 Lähmungen  
 Morbus Parkinson  
 Depressionen  
 Demenz  
 Angstzustände  
 Zahnarztangst  
 Andere wichtige Informationen:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen / Besonderheiten**  
 Ja     Nein

Tumorerkrankungen  
 Rheumatische Erkrankungen  
 Transplantationen  
 Probleme mit Vollnarkose  
 Andere wichtige Informationen:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Rauchen**  
 Ja     Nein

Durchschnittliche Menge pro Tag:  
 \_\_\_\_\_

**Drogen**  
 Ja     Nein

Welche: \_\_\_\_\_  
 Sind Sie alkoholisiert?  
 Ja     Nein

**Regelmäßig eingenommene Medikamente**  
 Ja     Nein

<input type="checkbox"/> Blutgerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate oral wie oft? _____	<input type="checkbox"/> Weitere Medikamente (bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie einnehmen) _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Blutdruckmittel	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate i.v. wie oft? _____	
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente		
<input type="checkbox"/> Anti-Baby-Pille		
<input type="checkbox"/> Psychopharmaka		
<input type="checkbox"/> Antidiabetika		
<input type="checkbox"/> Homöopathische Medikamente		
<input type="checkbox"/> Lungenmedikamente		

## Sonstige Informationen:

In Bezug auf meine Zähne ist mir besonders wichtig:

---

In Bezug auf meine Praxisbesuche ist mir besonders wichtig:

---

Was würden Sie sich von uns wünschen?

---

Ich bin zufrieden mit meiner Zahnfarbe:

---

Ich bin zufrieden mit meiner Zahnstellung:

---

## Ich bin auf die Praxis Dr. Katrin Wolf aufmerksam geworden durch...

Empfehlung

Im Internet

Praxisschild

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## FOR KIDS ONLY:

Ich nehme Fluoride: \_\_\_\_\_

Ich trage eine Zahnsperre: \_\_\_\_\_

Ich benutze folgende Zahnpasta: \_\_\_\_\_

## Informationen zu unserer Bestellpraxis:

Unser Ziel ist es, Ihnen eine umfassende und individuelle Beratung und Behandlung ohne lange Wartezeiten zu bieten. Daher arbeiten wir als sogenannte Bestellpraxis. Das bedeutet, dass wir Termine mit einem zeitlichen Vorlauf planen und die Dauer der Behandlung individuell abschätzen.

Sollten Sie trotzdem einmal warten müssen, bitten wir um Verständnis, denn selbst bei genauester Planung können Notfälle auftreten oder sich die Dauer einer Behandlung unvorhergesehen verlängern.

Wir bitten Sie daher die vereinbarten Termine unbedingt einzuhalten oder uns spätestens 48 Stunden vorher telefonisch abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

**Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich der von Ihnen getroffenen Angaben umgehend mit.  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Linz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)