

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.  
Sie helfen uns damit, Sie noch individueller beraten und behandeln zu können. Vielen Dank  
im Voraus! Ihr Praxisteam Dr. Thomas Staudt & Claudia Staudt



Dr. Thomas Staudt • Claudia Staudt  
Praxis für Ästhetische Zahnheilkunde  
Frankfurt a. M.

## Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftl.): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ beihilfeberechtigt:  pflichtversichert:  freiwillig versichert:

Hauptversicherer/Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Empfohlen bzw. überwiesen durch (Anschrift vorbehandelnder Arzt bzw. Hausarzt): \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? Ja  Welcher Monat? \_\_\_\_\_ Nein

## Spezielle medizinische Anamnese:

- | • Leiden Sie an   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| · Infektionskrankheiten (Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> , TBC, HIV usw.): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Herz-/Kreislaufbeschwerden? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Diabetes? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · hohem Blutdruck? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Nieren- oder Lebererkrankungen? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Allergien/Arzneimittelüberempfindlichkeit? Wenn ja, welche? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Asthma? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Rheuma? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · sonstigen Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tragen Sie einen Herzschrittmacher? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Zahnmedizinische Anamnese:

- Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_
- Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik Ihrer Zähne?  sehr wichtig  wichtig  unwichtig
- Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? \_\_\_\_\_
- Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? \_\_\_\_\_
- Haben oder hatten Sie schon einmal Beschwerden beim Kauen? \_\_\_\_\_
- Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Zahnarzttermin erinnert werden? \_\_\_\_\_
- Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 STGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/-in \_\_\_\_\_