



## WIR FREUEN UNS, DASS SIE UNS IHRE ZAHNGESUNDHEIT ANVERTRAUEN!

Allgemeinerkrankungen können oft Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Um für Ihre Behandlung optimale Medikamente und Verfahren auswählen zu können, bitten wir Sie vor der ersten Behandlung diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Auswahlkästchen an (  ja, trifft zu oder  nein, trifft nicht zu) und beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite. Alle Angaben werden strengst vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte Ihnen etwas unklar sein, fragen Sie uns.

## WAS IST DER GRUND IHRES BESUCHES?

- |                                   |                          |                       |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Kontrolluntersuchung              | <input type="checkbox"/> | Zahnästhetik/Kosmetik | <input type="checkbox"/> |
| Zahnschmerzen                     | <input type="checkbox"/> | Zahnersatz            | <input type="checkbox"/> |
| Migräne / Kopf- & Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> | Keramikfüllungen      | <input type="checkbox"/> |
| Mundgeruch                        | <input type="checkbox"/> | Amalganrestaurierung  | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenkbeschwerden           | <input type="checkbox"/> | Prophylaxe            | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten                 | <input type="checkbox"/> | Sonstiges:            | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen                         | <input type="checkbox"/> |                       |                          |

## KONTAKTDATEN DES PATIENTEN - WIE KÖNNEN WIR SIE ERREICHEN?

-----  
Name, Vorname

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
Ort, PLZ

-----  
Telefon

-----  
Email

-----  
Geburtsdatum

## KONTAKTDATEN DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN, FALLS ABWEICHEND

-----  
Name, Vorname

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
Ort, PLZ

-----  
Telefon

-----  
Email

## WIE SIND SIE VERSICHERT?

- Gesetzlich
- Privat versichert – nicht im Basistarif
- Privat versichert – im Basistarif
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversichert:
- 

## KONTAKTDATEN IHRES HAUSARZTES

-----  
Name des Arztes oder der Praxis

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
Ort, PLZ

-----  
Telefon

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI DER BEHANDLUNG MINDERJÄHRIGER

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung – außer bei akuter Schmerzbehandlung – die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

-----  
Unterschrift, Datum



## ALLGEMEINE FRAGEN

- Rauchen Sie?    
*Wenn ja wieviel Zigaretten pro Tag?* \_\_\_\_\_ St  
 Trinken Sie regelmäßig Alkohol?   
 Nehmen Sie Drogen oder Aufputzmittel?   
 Leiden Sie an Ohnmachtsneigung?   
 Besteht eine Schwangerschaft?   
*Wenn ja in welcher Woche?* \_\_\_\_\_ W  
 Frühere Röntgenuntersuchungen   
*Wenn ja, wann, welche Körperteile?*

- Müssen Sie zu Zeit Medikamente einnehmen.   
*Wenn ja, welche?*

- Traten bei früheren Zahnbehandlungen schon einmal Komplikationen auf?   
*Wenn ja, dann welche?*

- Leiden Sie nach Zahntfernung an verstärktem Nachbluten? (evtl. durch das Medikament Marcumar)

## BESTEHEIN BEI IHNEN ALLERGIEN?

- Lokalanästhetika   
 Unverträglichkeiten auf Arzneimittel (z.B. Jod, Penicillin)   
 Schmerzmittel   
 Antibiotika   
 Metalle   
 Sonstiges

## BESTEHEIN ODER BESTANDEN BEI IHNEN FOLGENDE HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNG?

- Bluthochdruck (*Hypertonie*)   
 Niedriger Blutdruck (*Hypotonie*)   
 Herzinfarkt   
 Angina Pectoris/koronare Herzkrankheit   
 Herzrhythmusstörungen   
 Herzschrittmacher   
 Herzoperation Infektiöse   
 Endokarditis   
 Herzklappenfehler/Klappenersatz   
 Schlaganfall (*Apoplex*)

## BESTEHEIN ODER BESTANDEN BEI IHNEN FOLGENDE INFEKTIÖSEN KRANKHEITEN?

- Hepatitis   
 HIV-Infektion   
 Tuberkulose   
 Sonstiges

## BESTEHEIN ODER BESTANDEN BEI IHNEN FOLGENDE STOFFWECHSELERKRANKUNGEN?

- Diabetes (*Zuckerkrankheit*)   
*Wenn ja, insulinpflichtig?*   
 Lebererkrankung   
 Nierenerkrankung   
 Schilddrüsenerkrankung   
*Wenn ja, Überfunktion oder Unterfunktion*   
 Magen-/Darmerkrankungen   
 Sonstiges

## BESTEHEIN ODER BESTANDEN BEI IHNEN FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

- Anfallsleiden (*Epilepsie*)   
 Depression   
 Atemwegserkrankungen (*chron. Bronchitis, Asthma*)   
 Blutgerinnungsstörung/Behandlung mit Gerinnungshemmern   
 Glaukom (*erhöhter Augeninnendruck*)   
 Rheuma   
 Tumor   
 Wenn ja wo und seit wann?

- Sonstiges

## MÖCHTEN SIE AN IHREN NÄCHSTEN TERMIN ERINNERT WERDEN?

- per Telefon   
 per Email   
 per Post



## WIE HABEN SIE VON UNS ERFAHREN?

Google

Jameda

Sonstiges

---

## WICHTIGE INFORMATIONEN

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt diese uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Injektionen (Betäubungen) können das Reaktionsvermögen soweit verändern, dass die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Bitte planen Sie bei Ihrem Besuch ein, dass Sie gegebenenfalls nicht selbstständig mit Auto oder Fahrrad nach Hause fahren können und treffen Sie die benötigten Vorkehrungen.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin mit. Falls Sie irgendwelche Fragen haben, können Sie uns hier erreichen:



**Kottident**

Zahnärztin Anna Wittkopf und Kollegen  
Adalbertstraße 94  
10999 Berlin  
Tel: (+49) (0)30 3911155 [www.kottident.de](http://www.kottident.de)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

*Einwilligungserklärung gem. § 73 Abs. 1b Satz 2 SGB V*

Ich willige hiermit ein, dass der behandelnde Zahnarzt aus der Praxis Kottident Befunde von anderen Ärzten/Zahnärzten einholt und auch bei mir erhobene Befunde mit behandelnden Ärzten/Zahnärzten übermittelt.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten laut § 615 Satz BGB §287 ZPO in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben, sowie dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Unterschrift, Datum