



# Dr. Thomas & Dr. Christian Weber

PRAXIS FÜR ZAHNGESUNDHEIT

Zertifiziertes Qualitätsmanagement  
nach DIN ISO 9001:2015

Sehr geehrte Patienten,

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 & Dr. Christian Weber

## Persönliche Angaben

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

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

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

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsfamilienname, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen durch? \_\_\_\_\_

## Spezielle medizinische Anamnese:

- | ● Leiden Sie an  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| ● Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV u.s.w.)? _____          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● Herz-/Kreislaufbeschwerden? _____                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)? _____                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● Schilddrüsenerkrankungen? _____                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● Nieren- oder Lebererkrankungen? _____                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● Allergien/Arzneimittelüberempfindlichkeit? _____                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● speziellen Problemen oder sonstigen Erkrankungen? _____            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● Sind Sie in orthopädischer Behandlung? _____                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● Haben Sie schon einmal eine Bisphosphonat-Therapie erhalten? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● Sind Sie aktuell schwanger? _____                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Woche: _____          | <input type="radio"/> |

## Zahnärztliche Anamnese:

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

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

- |  | Ja                    | Nein                  |  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Rauchen Sie?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Haben oder hatten Sie schon einmal Beschwerden beim Kauen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Zahnfleischbluten, -rückgang?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hatten Sie jemals eine Kieferregulierung/KFO-Behandlung?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leiden Sie des öfteren unter Herpes oder Aphten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Knirschen Sie mit den Zähnen?                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich bin damit einverstanden, u. a. per E-Mail oder SMS, an meine Termine erinnert zu werden. Außerdem nehme ich zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 STGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: [www.zahnaerzte-weinsberg.de](http://www.zahnaerzte-weinsberg.de). Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Patient/-in