



Dr. med. dent.

DANIELA WEILANDT

Unser Ziel ist Ihr gesundes Lächeln!

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

**Patient**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** Name \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  zusatzversichert  
 vollversichert  Standardtarif (1,7fach)  Anspruch auf Beihilfe

**Ihre Wünsche sind uns wichtig ...**

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung \_\_\_\_\_  
Grund Ihres heutigen Besuches? \_\_\_\_\_  
Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_  
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_  
Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?  nein  ja

**Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?  ja  nein**

Wenn ja, dann ...  telefonisch  per E-Mail  per SMS

**Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:**

Professionelle Zahnreinigung  Zahnersatz  Implantologie  Parodontitisbehandlung  
 individuelles Prophylaxeprogramm  Zahnästhetik  Amalgamsanierung  Wurzelbehandlung  
 Ernährung  Zahnfehlstellungsregulierung  Mundhygieneartikel  Bleaching (Zahnauflhellung)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Internet  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  andere Quelle \_\_\_\_\_

**Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter [www.dr-weilandt.de](http://www.dr-weilandt.de)?  nein  ja**

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? \_\_\_\_\_

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? \_\_\_\_\_

**Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?**

überempfindliche Zähne  Zähneknirschen  Zahnschmerzen  Zahnfleischbluten  
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken  Zahnverfärbungen  Mundgeruch  Zahnlockerungen  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Allergien**

Sind bei Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeiten bekannt?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  nein  ja Haben Sie Asthma?  nein  ja

## Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? \_\_\_\_\_

nein  ja

### Herz- und Kreislauferkrankungen

|                             |                               |                             |                                     |                               |                             |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Herzklappenersatz/Herzfehler        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Unregelmäßiger Herzschlag   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Hoher Blutdruck                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Herzasthma, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Niedriger Blutdruck                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Herzschriftermacher         | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Herzinfarkt, Schlaganfälle          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Thrombose, Krampfadern      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Herzmuskelerkrankung (Endokarditis) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Leber- und Stoffwechselerkrankungen

|                            |                               |                             |                        |                               |                             |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Lebererkrankung            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Sonstiges _____        |                               |                             |

### Infektionskrankheiten

|  |                               |                             |                                      |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...)            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Tuberkulose                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | MRSA_Infektion                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt?        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ |                               |                             |

### Bluterkrankung

|                              |                               |                             |                    |                               |                             |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Blutarmut (Anämie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstiges? _____             |                               |                             | Sonstiges? _____   |                               |                             |

### Erkrankung des Nervensystems

|   |                               |                             |                  |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Epileptische Anfälle                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Krämpfe          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Psychosomatische Erkrankungen                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Sonstiges? _____ |                               |                             |

### Magen- / Darmerkrankungen

|                                 |                               |                             |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Erkrankter Magen- und Darmtrakt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

### Tumorerkrankungen

|                             |                               |                             |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| z.B. Bisphosphonat-Therapie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

### Gelenkerkrankungen

|                          |                               |                             |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Rheuma                   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Wirbelsäulenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

### Ess-Störungen

|                              |                               |                             |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bulimie (Ess-Brechsucht)     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstige Ess-Störungen _____ |                               |                             |

### Augenerkrankungen

|   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|---|-------------------------------|-----------------------------|

### Ärztliche Behandlung

|   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|---|-------------------------------|-----------------------------|

Hausarzt / Facharzt \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_