



Zahnarztpraxis

**Dr. Daniela Hervatin - Ann-Kristin Jurawitz - Dr. Jennifer Könecke**

Walsroder Str. 10

30851 Langenhagen

Liebe Patientin!  
Lieber Patient!

Bevor sich unser Praxisteam mit Ihren zahnmedizinischen Wünschen und/oder Problemen befassen kann, benötigen wir Ihre Personalien und Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine gezielte und vor allem risikoarme Behandlung! Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße Nr. Tel. privat

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort Tel. dienstlich

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

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

empfohlen/überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Wir werden, falls notwendig, mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen längere Wartezeiten und wir können für Sie Qualitätsarbeit ohne Zeitdruck erbringen.

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Absage.

Falls Sie von uns darüber informiert werden wollen, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsleistungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von Ihrer Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden, sprechen Sie uns einfach darauf an. Wir beraten Sie gerne!

Bitte wenden ->

Gesundheitsfragebogen

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Sind Sie bei einem **Facharzt** in Behandlung?

(Name, Anschrift): \_\_\_\_\_

**JA (bitte kreuzen Sie Zutreffendes an)**

- Leiden Sie an Zahnfleischbluten?
- Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen?
- Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?
  
- Allergien (z.B. Penicillinallergie)? \_\_\_\_\_
  - Herzerkrankung( z.B. Herzschwäche/Insuffizienz, Arrhythmien, Herzasthma, Angina pectoris, Herzschrittmacher)?: \_\_\_\_\_
- Hoher Blutdruck?
- Niedriger Blutdruck?
- Blutgerinnungsstörung? \_\_\_\_\_
- Lebererkrankung? \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung? \_\_\_\_\_
- Diabetes(Zucker)? \_\_\_\_\_
- Rheumatische Erkrankung?
- Infektionskrankheit (z.B. TBC, HIV, Hepatitis)? \_\_\_\_\_
- Zeigen Sie Spritzenreaktionen (z.B. Ohnmacht, Übelkeit)? \_\_\_\_\_
- Epilepsie? \_\_\_\_\_
- Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit? \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung? \_\_\_\_\_
- Magen-/Darmerkrankung? \_\_\_\_\_
- Andere Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für Patientinnen:

- Besteht eine Schwangerschaft? Stillzeit?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Zahn-Kiefer- oder Kopfbereich geröntgt?

\_\_\_\_\_

- Möchten Sie von uns per Telefon regelmäßig an Kontrolltermine erinnert werden?

**Bitte beachten Sie, dass nach einer Behandlung mit örtlicher Betäubung (Spritze) Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann, z.B. im Straßenverkehr und beim Bedienen von Maschinen!**

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!**

Kenntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der Angaben zeichnet:

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)

**Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!**



## Health Questionnaire

**General Practice:** \_\_\_\_\_

Do you require treatment by a specialist?

(name,address): \_\_\_\_\_

- Do you suffer from bleeding gums?
- Do you have frequent headaches and neck pain?
- Do you have sometimes a metallic taste?

- Allergies (for example penicillin allergy)?: \_\_\_\_\_
- Heart disease (e.g. heart failure/insufficiency, arrhythmia, cardiac asthma, angina pectoris, pacemaker): \_\_\_\_\_
- High blood pressure?
- Low blood pressure?
- Bleeding disorder? \_\_\_\_\_
- Liver disease? \_\_\_\_\_
- Kidney disease? \_\_\_\_\_
- Diabetes?
- Rheumatic disease?
- Infectious disease (for example tuberculosis, HIV, hepatitis)? \_\_\_\_\_
- Did you injection reactios (for example nausea)? \_\_\_\_\_
- Epilepsy? \_\_\_\_\_
- Drug and / or alcohol addiction? \_\_\_\_\_
- Thyroid disease? \_\_\_\_\_
- Stomach or bowel disorders? \_\_\_\_\_
- Other diseases? \_\_\_\_\_

What kind of medication do you require at the moment? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

For female patients:

- Are you pregnant? Do you give your baby the breast?

When were your last x-rayed in tooth/mouth/head area?

\_\_\_\_\_

- Do you want to be regularly reminded by Telephone calls to keep appointments?

**Please note that after treatment with local anesthesia (shots) your ability to react may be impaired, for example, road transport and operating machinery! Please inform us of any change in your health and your address!**

Kennntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der Angaben zeichnet:

\_\_\_\_\_  
(Date and your signature)

**Thank you!**