



**DR. KNOPP**  
ZAHNARZT & ORALCHIRURG

## Gesundheitsfragebogen

(Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

### Allgemeine Angaben

#### Patient/in

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort (nötig lt. § 28 Röntgenverordnung) \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_

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

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

#### Versicherte/r (falls abweichend)

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_  zusatzversichert  freiwillig versichert

privat versichert bei \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt  Basistarif

#### Allgemeine Situation

ja nein

Medikamentenallergie (z. B. Penicillin)  ja  nein

Andere Allergien  ja  nein

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

Herzerkrankung  ja  nein

Blutdruck  hoch  niedrig  ja  nein

Blutgerinnungsstörungen  ja  nein

Asthma / chronische Bronchitis  ja  nein

Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)  ja  nein

Nieren- / Lebererkrankungen  ja  nein

Epilepsie (Krampfanfälle)  ja  nein

Psychische Erkrankungen (ggf. in Therapie)  ja  nein

Osteoporose  ja  nein

Tumore  ja  nein

Einnahme von Bisphosphonaten  ja  nein

Infektionen z. B.  Hepatitis  ja  nein

Tuberkulose  ja  nein

HIV  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

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

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

#### Zahn-Mund-Situation

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

Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang  ja  nein

Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Kauen)  ja  nein

Schmerzen am Kopf / Nacken  ja  nein

Haben Sie Kronen oder Brücken?  ja  nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_

Tragen Sie Zahnersatz?  ja  nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_

Haben Sie Implantate?  ja  nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne,  
kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?  ja  nein

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische  
Behandlung durchgeführt worden?  ja  nein

Wurde bei Ihnen bereits eine professionelle  
Zahnreinigung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie auch die Rückseite. ▶

**Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt und in welcher Praxis?**

Vor \_\_\_\_\_  Tagen  Wochen  Monaten in Praxis (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_

---

**Für unsere weiblichen Patienten**

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja, ich bin in der \_\_\_\_\_. Woche  nein  ungewiss

Wir bitten Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

**Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt**

---

---

---

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer Betäubung eingeschränkt ist.

Weiterhin bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

---

Ort, Datum

Unterschrift

**Hinweis**

Wir sind eine Bestellpraxis. Was passiert, wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht zum Termin erscheinen? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt spätestens 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615, 280 BGB berechnet werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift