



# Zahnärzte

Dr. Michael Lachnit  
 Dr. Felix Rubbert M.Sc.  
 Dr. Franz Rubbert

Loher Straße 124  
 58256 Ennepetal  
 Telefon (0 23 33) 82 85  
 Telefax (0 23 33) 82 89

**Liebe Patientin, lieber Patient,**  
 herzlich willkommen in unserer Praxis.  
 Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

**Bitte helfen Sie uns,** damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

**Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis möglichst genau.**  
 Haben oder hatten Sie Schmerzen? Wann und wo treten diese auf?  
 Welche Vorbehandlungen sind von überweisenden Ärzten oder Zahnärzten durchgeführt worden? Welche Hinweise können Sie uns noch geben?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Beruf

selbst versichert     versichert mit     Ehemann     Ehefrau     Vater     Mutter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Krankenkasse	Arbeitgeber	
Hausarzt	überwiesen von	empfohlen durch

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, den Nebenhöhlen, dem Hals, der Nase oder den Ohren) geröntgt? Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

ja     nein    \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

ja     nein    \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?

ja     nein    \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

ja     nein    \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen früher schon eine Parodontitisbehandlung durchgeführt worden?

ja     nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

ja     nein    \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

ja     nein    \_\_\_\_\_

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

ja     nein    \_\_\_\_\_

Möchten Sie regelmäßig an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?     ja     nein

Rauchen Sie?

ja     nein     weniger als 10 Zigaretten am Tag  
 mehr als 10 Zigaretten am Tag

**Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...**

- Herz oder Kreislauf.....  ja     nein
- Lunge.....  ja     nein
- Blut.....  ja     nein
- Leber.....  ja     nein
- Nieren.....  ja     nein
- Schilddrüse.....  ja     nein
- Magen-Darm-Trakt.....  ja     nein
- Gelenken (Rheuma).....  ja     nein
- Osteoporose.....  ja     nein
  
- Sind Sie HIV positiv?     ja     nein

**Haben oder hatten Sie jemals...**

- Hohen Blutdruck.....  ja     nein
- Zucker (Diabetes).....  ja     nein
- Fallsucht (Epilepsie).....  ja     nein
- Gelbsucht (Hepatitis)....  ja     nein
- Zahnfleischbluten.....  ja     nein
- ein Glaukom (Grüner Star).....  ja     nein
- Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt »umgefallen«?     ja     nein
- Neigen Sie zu Blutungen?     ja     nein

Datum	Unterschrift

