

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Patient,  
bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig aufzufüllen.  
Sie helfen uns damit, Sie noch individueller beraten und behandeln zu können. Vielen Dank.**

**Ihr Praxisteam der Dr. Balaom Mundgesund ZMVZ GmbH**

**DR. BALAOM  
MUNDGESUND**



Zahnmedizinisches  
Versorgungszentrum  
GmbH

**Persönliche Angaben**

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  privat  beihilfeberechtigt  gesetzlich  freiwillig

Mitgliedsname, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Empfohlen von: \_\_\_\_\_

**Gesetzlicher Betreuer/ Vormund (Nachweis bitte einreichen)**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Pflegestufe? (Nachweis bitte einreichen)  1  2  3  4  5

Befreiung von Zuzahlung liegt vor? (Nachweis bitte einreichen)  Ja  Nein

Schwerbehindertenausweis? (Nachweis bitte einreichen)  Ja  Nein

**Spezielle medizinische Anamnese:**

Liegt eine Schwangerschaft vor? SSW? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

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

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

Leiden Sie an:

Infektionskrankheiten,  HIV,  Hepatitis,  AIDS?  Ja  Nein

Herz-Kreislaufbeschwerden? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Stoffwechselerkrankungen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein

Nieren- oder Lebererkrankungen?  Ja  Nein

Allergien/ Arzneimittelüberempfindlichkeit? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Sonstige Erkrankungen, Wenn ja welche?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Frühere Operationen?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

MRSA-Krankenhauskeim?  Ja  Nein

Creutzfeldt-Jacob-Krankheit?  Ja  Nein

Liegt eine Vitamin B12 Mangel vor? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_



### Zusätzliche Anamnese

Welche besonderen Anliegen führt Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnfleischbluten, -rückgang?  Ja  Nein

Hatten Sie bereits eine Zahnfleischbehandlung?  Ja  Nein

Machen Ihre Kiefergelenke Beschwerden?  Ja  Nein

Schnarchen Sie nachts?  Ja  Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen  Ja  Nein

**Möchten Sie an Ihren nächsten Prophylaxe- oder Kontrolltermin erinnert werden?**

Ja  Nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 STGB sowie der strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

**Termine bitte 48 Stunden vorher absagen!!**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_