



**K & K Zahnärzte**  
mundherum gesund®

**Patientendaten:**

Name, Vorname: ..... geb. am: .....  
Name Pflegeeinrichtung: .....  
Station: ..... Zimmer: .....  
Straße: ..... Ort: .....  
Telefon: ..... Fax: .....  
Zahnärztliches Anliegen:  Kontrolle  Beratung  Prophylaxe  Zahnschmerzen  Zahnfleischproblem  
 Sonstiges: .....

Krankenkasse: .....  gesetzlich versichert  privat versichert  
 privat standardversichert  freiwillig versichert  zuschussberechtigt  beihilfeberechtigt  
Pflegegrad (bitte in Kopie beilegen):  nein  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5  
Mundpflege:  selbstständig  teilweise selbstständig  pflegegestützt  
Mobilität:  mobil  mobil mit Rollator  mobil mit Rollstuhl  bettlägerig  
Kommunikation:  normal  eingeschränkt  unmöglich

**Hausarzt:**

Name: ..... Telefon: .....  
Straße: ..... Fax: .....  
PLZ, Ort: ..... Email: .....

**Betreuerdaten:**  Gesundheitsfürsorge (Ausweis beifügen)  Vorsorgevollmacht (Nachweis beifügen)

Name, Vorname: .....  
Straße: ..... Telefon: .....  
PLZ, Ort: ..... Fax: .....  
Mobil: ..... Email: .....

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau, um uns bestens auf Sie und Ihre Bedürfnisse vorbereiten zu können. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.**

**Haben Sie Zahnersatz?**  nein  feststehend (z.B. Krone, Brücke)  
 herausnehmbar (z.B. Voll-, Teilprothese)  künstliche Zahnwurzeln (Implantate)

**Waren Sie in den letzten 2 Jahren in**

**zahnärztlicher Behandlung?**  nein  
 ja, am: .....  
bei: .....

**Sind bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen**

**gemacht worden?**  nein  
 ja, am: .....  
bei: .....



**K & K Zahnärzte**  
**mundherumgesund**

- |                           |                               |                             |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Diabetes/ Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Drogenabhängigkeit        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Nervenerkrankung          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Nierenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Osteoporoseerkrankung     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| hochgradige Neutropenie   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| organtransplantiert       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Demenz                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

- |                            |                               |                             |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Ohnmachtsanfälle           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Anfallsleiden (Epilepsie)  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Asthma/ Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Raucher                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Schilddrüsenerkrankung     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Mukoviszidose-Erkrankung   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Rheuma/ Arthritis          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| stammzellentransplantiert  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| sonstige Erkrankungen      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Falls ja, welche?:         |                               |                             |
- .....

**Herz-/ Kreislaufferkrankungen:**

- |                   |                               |                             |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| hoher Blutdruck   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

- |                     |                               |                             |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Herzoperation       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Herzklappenersatz   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Endokarditis        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

**infektiöse Erkrankungen:**

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| HIV-Infektion/ Stadium AIDS                                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lebererkrankung/ Hepatitis                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Tuberkulose   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)                           |                               |                             |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder neue Variante (vCJK) |                               |                             |

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

- |                           |                               |                             |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Lokalanästhesie/ Spritzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Antibiotika               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Schmerzmittel             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Eiweiß, Soja oder Nuss    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Metalle: .....

**Sind Sie schwanger?**  nein  ja

**Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?**

**Nehmen Sie Bisphosphonate?**

**Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?**

**Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?**

**Nehmen Sie hochdosierte Steroide/ Immunsuppressiva?**

**Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?**

Wenn ja, in welchem Monat? ..... Monat

nein  ja (Medikamentenplan bitte beifügen)

nein  ja, seit .....

nein  ja, seit .....

nein  ja, seit .....

nein  ja, seit .....

nein  ja, am .....

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

**Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/-ärztin gegenüber dem (r) ZahntechnikerIn in finanzielle Vorleistung treten muss, ggf. eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftfei eingeholt wird.**

....., den ..... Unterschrift: .....