



Liebe Liebe/r Patient/in,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Wir möchten Sie daher bitten, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten, bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Vielen Dank,

Ihr Praxisteam Dr. med. dent Christian Gobrecht M. Sc.

Allgemeine Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

E-mail Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Handy: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
mitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____

Versicherung: _____

pflichtversichert: ☐ ja / ☐ nein

Zusatzversicherung: ☐ ja / ☐ nein

privatversichert: ☐ ja / ☐ nein

Beihilfe ☐ ja / ☐ nein

Privatbasistarif: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, Land oder Bund? _____

Hausarzt: _____

Durch wen wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____



Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | | | |
|------------------------------|---|-------------------------|---|
| Kariesvermeidung | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Kiefergelenkbehandlung | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Parodontalbehandlung | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Hochwertigen Zahnersatz | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Amalgamentfernung | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Individualprophylaxe | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Implantate | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | | |

Ihre persönlichen Hauptanliegen: _____

Medizinische Befunderhebung / Gesundheitliche Angaben:

- | | | | |
|------------------------------|---|----------------------|---|
| Herzerkrankungen? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Immunerkrankungen? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis A/B/C? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Nierenerkrankungen? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Welche? _____ | | Asthma? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | HIV pos? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Marcumar? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Rheuma? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Kreislaufbeschwerden? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Diabetes? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| hoher / niedriger Blutdruck? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Gelenkserkrankungen? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |

- | | | | |
|------------------------|---|------------------------|---|
| Atemwegserkrankungen? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Rückenerkrankungen? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Chronische Bronchitis? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Magen-Darm Erkrankung? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |

- | | | | |
|---------------------|---|---------------------------|---|
| Nervenerkrankungen? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Augenschwäche? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Depressionen? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Tragen Sie eine Sehhilfe? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Angstzustände? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Leiden Sie an Mundgeruch? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |

- | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------|
| Allergien? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Welche Allergien? _____ |
| Haben Sie einen Allergiepass? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | |

- | | | |
|-----------------|---|----------------|
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Wieviel? _____ |
| Alkoholverzehr? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | |
| Schwangerschaft | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Monat? _____ |

- | | | |
|----------------------------|---|---------------|
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Welche? _____ |
| Regelmäßige Medikamente? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | |

Sonstige Angaben: _____

Haben Sie Interesse an Mundgesundheit? ☐ ja / ☐ nein

Haben Sie eine App zur Verwendung Ihrer elektronischen Patientenakte? ☐ ja / ☐ nein



Medizinische Befunderhebung / Gesundheitliche Angaben:

Herzerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Immunerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Hepatitis A/B/C?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Nierenerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Welche? _____		Asthma?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	HIV pos?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Marcumar?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Rheuma?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Kreislaufbeschwerden?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Diabetes?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
hoher / niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Gelenkserkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Atemwegserkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Rückenerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Chronische Bronchitis?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Magen-Darm Erkrankung?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Nervenerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Augenschwäche?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Depressionen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Tragen Sie eine Sehhilfe?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Angstzustände?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Leiden Sie an Mundgeruch?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Allergien?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Welche Allergien? _____	
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein		
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Wieviel? _____	
Alkoholverzehr?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein		
Schwangerschaft	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Monat? _____	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Welche? _____	
Regelmäßige Medikamente?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein		
Sonstige Angaben: _____			

Haben Sie Interesse an Mundgesundheit? ☐ ja / ☐ nein

Anamnese zur Früherkennung schlafbezogener Atemstörungen:

Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Schnarchen Sie jede Nacht?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Schnarchen Sie in jeder Schlafposition?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Fühlen Sie sich morgens nach dem Erwachen zerschlagen oder müde?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Sagt Ihnen Ihr/e Partner/in, ob beim Schlafen Ihre Atmung öfter aussetzt?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Waren Sie schon in einem Schlaflabor?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein

Besteht der Verdacht, dass es sich um krankmachendes Schnarchen handelt, kann dies mit Hilfe von intraoralen Schlaf-Therapie-Geräten behandelt werden. Sprechen Sie uns an, wir informieren Sie gerne.



Aufklärung über zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch Anästhesien können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird die Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um dies zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen wie z.B. Hämatome (Bluterguss), Nervschädigungen, Verkehrsuntüchtigkeit (Reaktionsfähigkeit eingeschränkt), Selbstverletzung und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht ganz auszuschließen.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie (bitte ankreuzen):

- ☐ Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich bin über alles ausreichend informiert worden und versichere, dass ich alle allgemeinen und gesundheitlichen Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe und bestätige zudem hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Des Weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten elektronisch erfasst und gespeichert werden.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen.
Nicht eingehaltene und nicht abgesagte Termine werden mir in Rechnung gestellt.

Bielefeld, den 20.01.2026
