



HANSE.DENTAL  
ZAHNMEDIZIN LÜNEBURG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen! Wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis für moderne und ästhetische Zahnheilkunde gekommen sind. Sprechen Sie mit uns über Ihre individuellen Wünsche und Vorstellungen. Wir beraten Sie gerne über die Möglichkeiten und Alternativen!

Bevor wir uns in Ruhe darüber unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus! Sie helfen uns dadurch, eine optimal abgestimmte und risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Vorschriften der DSGVO!

PERSÖNLICHE ANGABEN:

☐ Herr ☐ Frau ☐ Kind

Name:	_____	Vorname:	_____	Geb. Datum:	_____
Straße:	_____	Tel. Privat:	_____	Geb. Ort:	_____
PLZ:	_____	Tel. Mobil:	_____	Fax:	_____
Ort:	_____	Tel. Arbeit:	_____	Mail:	_____
Beruf:	_____	Arbeitgeber:	_____	Krankenkasse:	_____
<input type="radio"/> freiwillig versichert		<input type="radio"/> privatversichert		<input type="radio"/> Zahnzusatzversicherung	
<input type="radio"/> Beihilfe		<input type="radio"/> Standard-/Basistarif			
Mitglied:	<input type="radio"/> selbst versichert	<input type="radio"/> versichert über _____		<input type="radio"/> Adresse wie oben	
Name:	_____	Vorname:	_____	Geb. Datum:	_____
Strasse:	_____	PLZ:	_____	Ort:	_____

SIE KOMMEN IN UNSERE PRAXIS:

☐ zur Kontrolle ☐ zur Schmerzbehandlung ☐ wegen Zahnfleischbluten/Parodontitis

☐ zur Beratung über \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wie häufig gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? \_\_\_\_\_

Benötigen Sie einen Röntgenpass? ☐ ja ☐ nein

SIE HABEN INTERESSE AN:

Maßnahmen zur Zahnerhaltung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Professioneller Zahnreinigung „Wellness für Mund und Zähne“?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hochwertiger und langlebiger Zahnversorgung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Einer Beratung über ästhetische und innovative Zahnversorgung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Einer Beratung über Zahnimplantate?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Individueller Finanzierung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

GESUNDHEITLICHE ANGABEN:

ja nein Wenn ja, welche? vom Arzt zu ergänzen

Keine Veränderung zur letzten Abfrage	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____	_____
Allergien (Allergiepass vorhanden?)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____	_____
Anfallsleiden (Epilepsie, ....)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____	_____
Bluterkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____	_____
Herzerkrankungen (Infarkt, Schrittmacher)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____	_____

BITTE WENDEN!

# GESUNDHEITSBOGEN

GESUNDHEITLICHE ANGABEN:	ja	nein	Wenn ja, welche?	vom Arzt zu ergänzen
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Kreislaufkrankungen (Blutdruck, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Lebererkrankungen (Hepatitis A/B, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Lungenerkrankungen (Asthma, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nervenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Rheuma/Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Schilddrüsenerkrankungen (Über-/Unterfunktion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Weitere Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Frühere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Leiden Sie an Kiefergelenkerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Vertragen Sie Anästhetika (Betäubungsmittel)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche Woche?	_____
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche Menge/Tag?	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	_____
Leiden Sie an Schlafapnoe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Ihr behandelnder Arzt/Hausarzt	Name:		_____	
Tel: _____	Anschrift:		_____	

## WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN (optional):

☐ Überweisung/auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_ ☐ Internet

☐ Presse/Anzeige ☐ Telefonbuch/Gelbe Seiten ☐ Informationsveranstaltung/Vortrag

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie, falls nötig, per SMS benachrichtigen? ☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie eine Benachrichtigung für anstehende Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxe? ☐ ja ☐ nein

Wie dürfen wir Sie benachrichtigen? ☐ Postkarte ☐ E-Mail ☐ SMS

Sind Sie damit einverstanden, zweimal pro Jahr unsere Patientenzeitung per Post zu erhalten? ☐ ja ☐ nein

**Wir bitten Sie um Verständnis dafür, dass wir Ihnen, bei einer Terminabsage weniger als 24 Stunden vor der geplanten Behandlung, das dafür vorgesehene Zahnarzthonorar privat in Rechnung stellen müssen. Bitte beachten Sie, dass nach Injektionen und örtlicher Betäubung die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann! Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und das Wissen um eine eingeschränkte Reaktionsfähigkeit nach örtlicher Betäubung.**

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe! Bitte teilen Sie uns unbedingt mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner auf beiden Seiten gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten



HANSE.DENTAL  
ZAHNMEDIZIN LÜNEBURG

Dear Patient,

welcome! We are pleased that you have chosen our practice for modern and aesthetic dentistry. Talk to us about your individual wishes and expectations. We will be happy to advise you on the available options and alternatives! Before we discuss everything in detail, we need some personal information as well as details about your general health.

Please complete the form in full! This helps us create an optimally coordinated and risk-free basis for your treatment. All information is, of course, subject to medical confidentiality and the regulations of the GDPR.

PERSONAL INFORMATION:

☐ Mr ☐ Mrs ☐ Child

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Street: \_\_\_\_\_ Private phone: \_\_\_\_\_ Place of birth: \_\_\_\_\_

Postal code: \_\_\_\_\_ Mobile phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Work phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_ Health insurance:

☐ Voluntary statutory insurance ☐ Private insurance ☐ Supplementary dental insurance

☐ Aid/Beihilfe ☐ Standard/Basic tariff

Member: ☐ Self-insured ☐ Insured via \_\_\_\_\_ ☐ Address same as above

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Street: \_\_\_\_\_ Postal code: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

YOU ARE VISITING OUR PRACTICE:

☐ For a check-up ☐ For pain treatment ☐ Due to gum bleeding/periodontitis

☐ For consultation about \_\_\_\_\_

When was your last dental appointment? \_\_\_\_\_

How often do you usually visit the dentist? \_\_\_\_\_

When were you last X-rayed in the head/neck area? \_\_\_\_\_

Do you need an X-ray card? ☐ Yes ☐ No

YOU ARE INTERESTED IN:

Measures for tooth preservation? ☐ Yes ☐ No

Professional dental cleaning ("Wellness for mouth and teeth")? ☐ Yes ☐ No

High-quality and long-lasting dental restorations? ☐ Yes ☐ No

Consultation on aesthetic and innovative dental treatments? ☐ Yes ☐ No

Consultation on dental implants? ☐ Yes ☐ No

Individual financing options? ☐ Yes ☐ No

HEALTH INFORMATION:

Yes No If yes, which?

To be completed by doctor

No change since the last query ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Allergies (allergy card available?) ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Seizure disorders (epilepsy, ...) ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Blood disorders ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Heart diseases (heart attack, pacemaker) ☐ ☐ \_\_\_\_\_

PLEASE TURN OVER!

# MEDICAL HISTORY

HEALTH INFORMATION:	Yes	No	If yes, which?	To be completed by doctor
Infectious diseases (hepatitis, HIV, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Circulatory diseases (blood pressure, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Liver diseases (hepatitis A/B, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Lung diseases (asthma, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Gastrointestinal diseases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Neurological diseases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Kidney diseases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Rheumatism/osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Thyroid disorders (hyper-/hypothyroidism)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Tumor diseases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Other illnesses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Previous surgeries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you tend to bleed excessively?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you take any medications?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you take bisphosphonates?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you suffer from temporomandibular joint disorders?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you tolerate anesthetics (local anesthesia)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Are you pregnant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	If yes, which week? _____	_____
Do you smoke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	If yes, how much per day? _____	_____
Do you drink alcohol regularly?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you use drugs regularly?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Are you currently under medical treatment?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	If yes, for what condition? _____	_____
Do you suffer from sleep apnea?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you snore?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Are you satisfied with the color of your teeth?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Are you satisfied with the alignment of your teeth?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Your treating doctor/general practitioner Name: _____				
Phone: _____ Address: _____				

## HOW DID YOU HEAR ABOUT US? (optional)

☐ Referral/recommendation from: \_\_\_\_\_ ☐ Internet  
☐ Newspaper/advertisement ☐ Telephone book/Yellow Pages ☐ Information event/lecture

Are you willing to be notified by SMS if necessary? ☐ Yes ☐ No  
Would you like reminders for upcoming check-ups or prophylaxis appointments? ☐ Yes ☐ No  
How may we contact you? ☐ Postcard ☐ Email ☐ SMS  
Are you willing to receive our patient magazine by mail twice a year? ☐ Yes ☐ No

**Please understand that if you cancel an appointment less than 24 hours in advance, we must invoice you privately for the scheduled dental treatment fee. Please note that after injections and local anesthesia, driving ability and reaction time may be impaired! By signing below, you confirm that your information is correct and that you are aware of the possible reduction in reaction ability after local anesthesia.**

Thank you very much for your kind cooperation! Please inform us immediately if any of your details change.  
With my signature, I confirm the completeness and accuracy of the information provided on both sides.

\_\_\_\_\_  
Place, Date

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or legal guardian