

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geb.datum: _____
Plz., Ort: _____
Straße, Nr.: _____
Telefon privat: _____
Mobiltelefon: _____
Telefon berufl.: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____

Hauptversicherter u. Rechnungsempfänger (wenn nicht mit Patient identisch)

Name: _____
Vorname: _____
Geb.datum: _____
Plz., Ort: _____
Straße, Nr.: _____
Telefon privat: _____
Mobiltelefon: _____
Telefon berufl.: _____
E-Mail: _____
Arbeitgeber: _____

Gesetzlich versicherte Patienten: Krankenkasse: _____
Sind Sie freiwillig versichert? Ja Nein Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein
Nehmen Sie an einer integrierten zahnärztlichen Versorgung teil? Ja Nein

Privat versicherte Patienten: Versicherung: _____
Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein Sind Sie im Basistarif versichert? Ja Nein

Wie, oder durch wen sind Sie
auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie an Ihren jeweils nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? Ja Nein

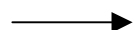
Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Knirschen | <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Vorsorgebehandlung
(Prophylaxe) | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> Migräne |
| | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kariesvorsorge | <input type="checkbox"/> Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Goldfüllungen | <input type="checkbox"/> Parodontosevorsorge |
| <input type="checkbox"/> Zahnversiegelung | <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung |
| <input type="checkbox"/> professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> weiße Zähne (Bleaching) | <input type="checkbox"/> Bißschiene für Sportler |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik | <input type="checkbox"/> Hypnosebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Kinderbehandlung | |

Bitte wenden



Anamnese

Welche der folgenden Krankheiten treffen / trafen auf Sie zu?

- Herzinfarkt, wann? _____
- Angina pectoris
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzschrittmacher
- Sonstige Herzbeschwerden

- Schlaganfall, wann? _____
- Durchblutungsstörungen (z. B. Thrombose)
- Grüner Star (Glaukom)
- Kreislaufstörungen
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Ohnmachtneigung
- Bluter
- Blutungsneigung,
- Blutgerinnungsstörungen
- HIV / Aids
- Organtransplantate, welches? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Blutverdünnende Mittel (z. B. Macumar o. ASS)
- Kreislaufpräparate, welche? _____

Sind oder waren Sie Raucher? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten konsumieren/ten Sie tägl.?
Anzahl: tägl.

- Asthma
- Starke Atemnot
- Altersdiabetes (Zuckerkrankheit)
- Jugenddiabetes
- Nierenerkrankungen, Nierensteine
- Rheuma
- Leberentzündung (Hepatitis)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Magen- o. Darmerkrankungen welche? _____

- Nervenerkrankungen
- Epilepsie
- Krämpfe
- Lähmungen
- Allergien
- gegen Metalle, welche? _____
- gegen Medikamente welche? _____
- sonstiges _____

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind Sie momentan schwanger? nein ja Welcher Monat? _____

Frühere Röntgenuntersuchungen, nuklearmedizinische Untersuchungen, Bestrahlungen: was? _____

_____ wann? _____

- Sonstige _____

**Teilen Sie uns bitte sofort mit wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat!
Achtung: Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen!**

Name, Anschrift u. Telefonnummer Ihres Hausarztes:

Wir danken für Ihre Angaben.

Wir sind eine Bestellpraxis. Das heißt wir reservieren unsere Zeit speziell für Sie. Was ist wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen? Dann sind weder meine Mitarbeiterinnen noch ich in dieser Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können Ihnen nach §615 Satz BGB §287 ZPO berechnet werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____