

## Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient**

**Herr / Frau / Kind**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

**Mitglied**

\_\_\_\_\_

**Anschrift**

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Krankenkasse  
o. Versicherung**

\_\_\_\_\_ Private Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

**Beruf**

\_\_\_\_\_ **Sind Sie freiwillig versichert ?** Ja  Nein

**Arbeitgeber**

\_\_\_\_\_ Tel. tagsüber \_\_\_\_\_

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? Ja  Nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden ? Ja  Nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden ? Telefonisch  Schriftlich  per Email  Nein

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls Sie verhindert sind, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, daß Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

**Ärztliche Behandlung:**

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? J  N   
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Hausarzt / Facharzt:**

**Tel.** \_\_\_\_\_

**Medikamente:**

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? \_\_\_\_\_

**Allergien:**

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepaß? J  N

**Herzerkrankungen:**

Herzschwäche (Insuffizienz)? J  N   
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? J  N   
Herzasthma, Angina pectoris? J  N   
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? J  N

Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Vegetative Erkrankungen:**

Ohnmachtsanfälle? J  N   
Nehmen Sie Aufputsch- o. Beruhigungsmittel? J  N

Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckerkrankheit (Diabetis)? J  N   
Magen-Darmerkrankungen? J  N   
Schilddrüsenerkrankungen? J  N   
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Nervensystems:**

Epileptiforme Anfälle? J  N   
Krämpfe? J  N   
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Bluterkrankungen:**

Blutungsneigung (Hämophilie)? J  N   
Blutarmut (Anämie)? J  N   
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:**

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/\_\_\_\_)? J  N   
Tuberkulose? J  N   
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? J  N   
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? J  N   
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:**

Rauchen Sie? J  N   
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? J  N   
Nehmen Sie Drogen? J  N

**Röntgen:**

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-u. Zahnbereich geröntgt? J  N   
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine geringe Strahlendosis.

**Schwangerschaft**

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, daß durch eine Spritze zur örtlichen Betäubung die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein kann.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_