



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Dieses ist für eine adäquate und risikofreie Behandlung wichtig.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien

Patient

◇ **Frau** ◇ **Herr** _____
Nachname Vorname Geburtsdatum

Adresse _____
Straße, Nr., PLZ, Ort

Tel. tagsüber _____ Tel. privat _____
Handy Nr. _____ Tel. Notfall _____
Email Adresse _____

Krankenkasse ◇ gesetzlich _____ ◇ privat: _____

◇ Mitglied ◇ familienversichert über: _____
Name Geburtsdatum

◇ Zusatzversicherung: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

◇ Telefonbuch ◇ Internet ◇ Praxisschild ◇ durch Bekannte _____

Hausarzt/ Facharzt

Name
Adresse _____ Tel.: _____
Straße, Nr.

PLZ, Ort

Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? Ja ◇ nein ◇

Haben Sie Angst vor der Behandlung? Ja ◇ nein ◇

Möchten Sie regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden? Ja ◇ nein ◇

Möchten Sie Informationen über Leistungen, wie z.B. Implantate, Inlays, Bleaching, prof. Zahnreinigung ? Ja ◇ nein ◇

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung? _____

Für Kassenpatienten

Wir brauchen Ihre elektronische Gesundheitskarte einmal pro Quartal.

Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, sind wird gezwungen, Ihnen die erbrachten Leistungen nach GOZ zu liquidieren.

Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Versicherte 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.

Datum _____ **Unterschrift** _____



Medizinische Angaben

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Medikamente:	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche _____	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass? _____	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz) unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) Angina pectoris Herzschrittmacher, Herzklappenersatz Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kreislaufferkrankungen:	Zu niedriger Blutdruck Zu hoher Blutdruck Zustand nach Herzinfarkt Nehmen Sie Gerinnungshemmende Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle Nehmen Sie Beruhigungs- od. sonstige Mittel? Wenn ja, welche _____	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes) Magen – Darmerkrankungen Schilddrüsenerkrankungen Erkrankungen des Nervensystems: Epileptische Anfälle Krämpfe	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen: Infektionskrankheiten:	Blutungsneigung (Hämophilie)? Hepatitis A/ B/ C ausgeheilt? Tuberkulose Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc. Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis: _____	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Augenerkrankung:	Glaukom (grüner Star)	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie ab und an unter Migräne, halbseitigem Kopfschmerz oder ähnlichem? Knirschen Sie mit den Zähnen?		Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges:	_____	
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/ Kiefer-/ Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo _____		Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft: Rauchen Sie?		Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

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

Datum _____ **Unterschrift** _____