



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

Adresse \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ 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"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? _____	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	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"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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** \_\_\_\_\_