



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

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

Nachname, Vorname ( Patient )	Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon ( privat / mobil )	Telefon ( geschäftlich )
E-Mail	Beruf
Name der Krankenkasse / Versicherung	

Gesetzlich versichert     Privat versichert     Privat zahnzusatzversichert

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir in der für Sie reservierten Zeit in Ruhe zu Ihrer Verfügung stehen. Manchmal können aber durch akute Schmerzbehandlungen Zeitverschiebungen auftreten, die dann zu Wartezeiten führen.

Wir arbeiten im zahnärztlichen Bereich und in der Prophylaxeabteilung mit mehreren Behandlern parallel. So kann es vorkommen, dass Patienten in anderer Reihenfolge in die Behandlungszimmer gebeten werden.

**Wenn der Patient nicht selbstversichert ist, dann ergänzen Sie bitte die folgenden Angaben zum Versicherten:**

Nachname, Vorname ( Mitglied/Zahlungspflichtiger )	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

**Wünschen Sie eine telefonische Erinnerung an Ihren Termin?**     Ja     Nein

**Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**

Die Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und willige ein.

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?     Ja     Nein

Wenn ja wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Hausarzt / Facharzt:**

Name, Adresse, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein ?  Nein

Ja, welche \_\_\_\_\_

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

Besitzen Sie einen Herzpass ?     Ja     Nein

Zu hoher / niedriger Blutdruck ? ( Bitte zutreffendes unterstreichen )     Ja     Nein

Zustand nach Herzinfarkt ?  Ja  Nein

Andere Herzerkrankungen wie z.B. Schrittmacher, Angina pectoris,  
Rhythmusstörungen ?  Ja  Nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Künstlicher Gelenk-/Klappenersatz:**  Ja seit wann:  Nein

**Infektionserkrankungen:**

HIV  Ja  Nein

Hepatitis A/B/C  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Diphtherie  Ja  Nein

**Allergien:**

Besitzen Sie einen Allergiepass ?  Ja  Nein

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

**Weitere Erkrankungen und Angaben:**

Blutgerinnungsstörungen / Blutungsneigung ( z.B. Marcumar )  Ja  Nein

Osteoporose  Ja  Nein

Asthma, Lungenerkrankung  Ja  Nein

Grüner Star ( Engwinkelglaukom )  Ja  Nein

Tumorerkrankung / Strahlen- oder Chemotherapie  Ja  Nein

Rheuma  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein

Nervenleiden oder Depressionen  Ja  Nein

Magen-, Darm-, Leber- oder Nierenerkrankungen  Ja  Nein

( Bitte zutreffendes unterstreichen ! )

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Pflegegrad  Ja welcher Grad:  Nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**

Alkohol- / Drogenkonsum  Ja  Nein

Rauchen Sie, wenn ja, wie viel pro Tag ? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch ?  Ja  Nein

Haben Sie extreme Angst vor zahnärztlichen Behandlungen ?  Ja  Nein

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt ?  Ja  Nein

Wenn ja, wo ? \_\_\_\_\_

Unsere Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz ?  Ja  Nein

Wenn ja, wie alt ist er ? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine Parodontitisbehandlung ?  Ja wann:  Nein

Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit ?  Ja  Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ?

**Hiermit weisen wir Sie daraufhin, dass Sie verpflichtet sind uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes umgehend mitzuteilen. Vielen Dank !**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_