



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: M W

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert

Privat versichert

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 Patient und Mitglied / Zahlungspflichtiger nicht identisch sind dann ergänzen Sie bitte die folgenden Angaben:

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.

Wenn Sie an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen, sowie an unserem intensivem Prophylaxeprogramm interessiert sind, dann sprechen Sie uns bitte an.
Wir beraten Sie gern.

Bitte beachten Sie auch die Rückseite !

→



Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? Ja Nein

Wenn ja wegen welcher Erkrankung ? _____

Hausarzt / Facharzt:

Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? _____

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, Ja Nein

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

Sonstiges: _____

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

Asthma Ja Nein

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 (Bitte zutreffendes unterstreichen !) Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Diabetes Ja 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 _____