



## 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 wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Mitglied

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

### Anschrift

Straße / Nr: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Versicherung\*: \_\_\_\_\_

\* (Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung wenn der Schein nicht innerhalb 10 Tagen vorgelegt wird)

Sind Sie Zusatzversichert/beihilfeberechtigt

ja  nein

Beruf/Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Diues erspart Ihnen lange Wartezeiten, da wir eine Bestellpraxis sind und wir sind am vereinbarten Termin ausschließlich für Sie da. **Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich.** Bitte haben Sie vereständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

Wünschen Sie über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert werden?

ja, ich möchte nie wieder Karies haben  nein

Wünschen Sie eine **besondere Beratung** über

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> zahnfarbene Füllungen        | <input type="checkbox"/> Implantate                   |
| <input type="checkbox"/> hochwertige Goldfüllungen    | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbehandlung       |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung/-sanierung | <input type="checkbox"/> Hypnose                      |
| <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung       | <input type="checkbox"/> Behandlung unter Vollnarkose |
| <input type="checkbox"/> Kinderprophylaxe             | <input type="checkbox"/> Lachgas                      |



**Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?**  ja  nein

**Behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

**Herzerkrankungen:**

- Herzschwäche (Insuffizienz)  Herzschrittmacher  unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)  
 Zustand nach Herzinfarkt  Herzasthma, Angina pectoris

**Kreislauferkrankungen:**

- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (Marcumar, ASS 100 ...)  
 zu niedriger Blutdruck (Hypotonie)  zu hoher Blutdruck (Hypertonie)  
 Ohnmachtsanfälle/Kollapsneigung

**Stoffwechselerkrankungen:**

- Zuckerkrankheit (Diabetes)  Magen-Darmerkrankungen  Schilddrüsenerkrankung

**Erkrankungen des Nervensystems:**

- epileptiforme Anfälle/Krampfsucht

**Bluterkrankungen:**

- Blutungsneigung (Hamophilie)  Blutarmut (Anämie)

**Allergien:**

- Ekzeme  Penicillinüberempfindlichkeit  Asthma  
 Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Überempfindlichkeit gegen: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:**

- Leberentzündungen/Hepatitis A, B, C  Tuberculose  chronische Erkrankungen der Atemwege-Husten etc.

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

**Welches Medikament nehmen Sie zur Zeit?** \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie drogenabhängig?  ja  nein

Sind Sie frisch operiert?  ja  nein

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Sind Sie schwanger?  ja  nein

**Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme und Richtigkeit der Angaben. Hiermit entbinde ich meinen Zahnarzt im Falle konsiliarischer Erörterung mit anderen Ärzten/Hausarzt von der Schweigepflicht.**

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift