

## Willkommen in unserer Praxis

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

### Patientendaten

Name des Patienten \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung \_\_\_\_\_

#### Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja  nein

#### Bitte bei einer Privatversicherung angeben

studentisch versichert ja  nein

beihilfeberechtigt ja  nein

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Telefon Büro \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (Sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Versicherter \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? telefonisch  per E-Mail  per Post

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden können.**

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

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

## Patient \_\_\_\_\_

Herzerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher / künstliche Herzklappen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Rheuma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Magen- / Darmerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankung / Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Epilepsie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? (Hepatitis A, B oder C, HIV, TBC)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hatten Sie Verletzungen oder Operationen im Kopfbereich Wenn ja, wo?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
_____		
Haben Sie eine sonstige Erkrankung? Wenn ja, welche?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
_____		
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
_____		
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
_____		
_____		
Reagieren Sie empfindlich auf bestimmte Medikamenten? Wenn ja, auf welche?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
_____		
Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
_____		

Patient \_\_\_\_\_

## Grund Ihres Besuchs

- Kontrolluntersuchung ja  nein
- Zahnschmerzen ja  nein
- Zahnfleischbluten ja  nein
- Migräne-/ Kopf-/ Nackenschmerzen ja  nein
- Kiefergelenkbeschwerden ja  nein
- Knirschen ja  nein
- Mundgeruch ja  nein
- Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? ja  nein
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Sie sind uns wichtig!

- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja  nein
- Was können wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen? \_\_\_\_\_
- Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? \_\_\_\_\_
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung  Internet  Telefonbuch  Überweisung  Anzeige
- Bei einer Empfehlung / Überweisung \_\_\_\_\_
- Name der uns empfehlenden Person / des überweisenden Arztes \_\_\_\_\_
- Sind Sie mit einem regelmäßigen Newsletter per Mail einverstanden? (Kann jederzeit wieder abbestellt werden) ja  nein

## Beratungswunsch

- Professionelle Zahnreinigung
- Weißer Zähne (Bleaching)
- Raucherentwöhnung
- Zahnästhetik / Kosmetik
- Zahnfarbende Kunststofffüllungen oder Inlays
- Parodontosebehandlung
- Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung
- Implantate / Implantatversorgung
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Patient \_\_\_\_\_

Name, Anschrift und ggf. Telefonnummer Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger? ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

## Für unsere gesetzlich versicherten Patienten

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem 1. Besuch im Quartal. Liegt sie uns 14 Tage nach Ihrem Besuch nicht vor, behandeln wir Sie als Privatpatient. Sie erhalten dann eine Rechnung.

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