

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen und Ihren Wünschen unsere volle Aufmerksamkeit widmen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Nur so können wir Behandlungsrisiken überblicken. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich.

..... Name Vorname Titel Geburtsdatum
..... Falls abweichend, Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Hauptversicherten			
..... Straße, Hausnummer	 PLZ, Stadt	
..... Telefonnummer, bei der Sie tagsüber gut zu erreichen sind	 Mobil	
..... email	 Beruf	
..... Name Ihrer Kranken-Versicherung	 Sind Sie	
..... Besitzen Sie ein Bonusheft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab wann?	 <input type="checkbox"/> privat versichert	
..... Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?	 <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	
..... Wann wurden Sie zuletzt im Kieferbereich geröntgt?	 <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	
..... Wann war Ihre letzte Zahnreinigung?	 <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert	
..... Was ist der Hauptgrund Ihres Besuches?	 <input type="checkbox"/> zuschussberechtigt (Sozial-/Versorgungsamt)	
..... Wie / durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	 <input type="checkbox"/> Standardtariflich versichert gemäß § 25 / Abs. 2a SGB V	
..... Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja: Weswegen?			
..... Bitte nennen Sie uns ggf. Name, Anschrift und Telefonnummer Ihres Hausarztes			
..... Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja: Welche?			
..... Haben Sie Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten? Wenn ja: Welche?			
..... Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat? Befinden Sie sich in der Stillzeit?			



Leiden Sie unter (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Leukämie |
| Andere? | | <input type="checkbox"/> Diabetes |

Leiden Sie unter (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Herzbeschwerden Schmerzen im Brustbereich Herzrhythmusstörungen **hohem/niedrigem Blutdruck**

Hatten Sie schon mal eine/n

- Herzinfarkt** **Trombose**
 Schlaganfall **Embolie** Wenn ja: Wann?

Besitzen Sie einen **Herzpass**?

- Nein Ja

Wurde Ihnen eine **Endokarditisprophylaxe** empfohlen?

- Nein Ja

Ist bei Ihnen eine **erhöhte Blutungsneigung** oder eine Durchblutungsstörung bekannt?

- Nein Ja

Bekommen Sie leicht blaue Flecken, Nasenbluten?

- Nein Ja

Haben Sie Blutarmut (Anämie)?

- Nein Ja

Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-)medizinischen Eingriffen?

- Nein Ja

Haben Sie häufiger Kopf- oder Nackenschmerzen/Muskeltverspannungen?

- Nein Ja

Leiden Sie unter Ohrgeräuschen (Tinnitus) oder Migräne?

- Nein Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen?

- Nein Ja Wenn ja, tragen Sie eine Aufbissschiene? Nein Ja

Schnarchen Sie?

- Nein Ja Besitzen Sie eine Schnarchschiene? Nein Ja

Rauchen Sie?

- Nein Ja: wie viel?

Bitte informieren Sie uns, wenn sich bei Ihnen Änderungen ergeben.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis. Ihre Termine werden nur für Sie freigehalten.
Beste Qualität bei der zahnärztlichen Behandlung ist nur ohne Zeitdruck möglich.

Im Falle einer Terminabsage möchten wir Sie höflich bitten, uns dies bis spätestens 48 Stunden vor dem Termin telefonisch oder per email mitzuteilen. Vielen Dank!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorgenannten und obigen Angaben.

Datum/Patient Unterschrift

Unterschrift Arzt