



HERZLICH 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.

Daten Patient/in:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? Ja Nein
Freiwillig versichert? Ja Nein
Privat zahnärztlich zusatzversichert? Ja Nein
Liegt ein Pflegegrad vor? Ja Nein Welcher? _____

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? Ja Nein
Beihilfeberechtigt? Ja Nein

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen):

Rechnung an Patient/in oder Versicherten? _____

Versicherte/r: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben:

Arbeitgeber/in: _____

Anschrift Arbeitgeber/in: _____

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

Telefonisch Schriftlich E-Mail

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

Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

Herzerkrankung, Herzschwäche, Rhythmusstörung, Angina pectoris, Ja Nein
Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen, Herz-OP, Bypass

Wenn ja, welche? _____

Hoher Blutdruck Ja Nein
Niedriger Blutdruck Ja Nein
Schlaganfall Ja Nein
Nehmen Sie Blutgerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche (z. B. Marcumar, AS 100, Xarelto, Pradaxa, usw.)?:

Bitte hier angeben: _____

Blutungsneigung / Bluterkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Diabetes / Diabeteswert HbA-1c Wert in % bekannt? Ja Nein

Wenn ja, hier eintragen: _____

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Lebererkrankung (Hepatitis) Ja Nein
Magen- / Darmerkrankung Ja Nein
Nierenerkrankung Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Wenn ja, welche (z. B. Asthma, COPD, chronische Bronchitis, usw.)?:

Bitte hier angeben: _____

Nasen- / Nasennebenhöhlenerkrankungen Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja welche? Ja Nein

Bitte hier angeben: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Bitte hier angeben: _____

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Ja Nein

Wenn ja, bei welchen?: _____

Sind Sie Raucher (auch Sisha)? Ja Nein

Wenn ja, wie viel täglich? _____

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

HIV Ja Nein

Creutzfeld-Jacob-Krankheit (CJK) Ja Nein

Hausarzt / Facharzt: Name, Adresse, Telefonnummer:

Bitte hier angeben: _____

Frühere Röntgenaufnahme gemacht im Kieferbereich? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Bisphosphonaten behandelt (z. B. Osteoporose, Krenstherapie) Ja Nein

Ja Nein

Grund Ihres Besuchs:

Kontrolluntersuchung Ja Nein

Zahnschmerzen Ja Nein

Zahnfleischbluten Ja Nein

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen Ja Nein

Kiefergelenkbeschwerden, Knirschen Ja Nein

Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? Ja Nein

Sonstiges: _____

Sie sind uns wichtig:

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders beachten?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen Ja Nein

Starke Schmerzempfindlichkeit Ja Nein

Starker Würgereiz Ja Nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Einwilligung wegen Vorsorgeuntersuchung halbjährlich (Recall) Ja Nein

Einwilligung wegen Vorsorgeuntersuchung jährlich (Recall) Ja Nein

Beratungswunsch:

Weißer Zähne (Bleaching) Ja Nein

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln, Keramikfüllungen Ja Nein

Kieferorthopädische Behandlung Ja Nein

Implantate / Implantatversorgung Ja Nein

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum

Unterschrift