



Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihre persönlichen Wünsche und Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikoarme und individuelle Behandlung.

Alle Ihre Antworten werden gemäß Datenschutzgesetz vom 25.05.2018 vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in unserer Praxis. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

## Patient(in)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße / Nr.)

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Telefon Arbeitsplatz

Arbeitgeber

Beruf

Ihr Hausarzt

## Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert (GKV)
- Freiwillig versichert (GKV)
- Zahnzusatzversicherung vorhanden
- Zuschussberechtigt (Sozial-/Versorgungsamt)
- Privat versichert (PKV) ohne Beihilfe
- Privat versichert (PKV) mit Beihilfe
- Privat versichert (PKV) nur Basistarif**

## mitversichert bei (nur bei Zutreffen ausfüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße / Nr.)

PLZ / Ort

## Grund Ihres Besuchs

- Allgemeine Routineuntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zweite Zahnarztmeinung
  
- Empfohlen durch \_\_\_\_\_
- Überweisung durch \_\_\_\_\_
  
- Überweisungsgrund \_\_\_\_\_

- Haben Sie einen Pflegegrad?

Wenn ja, welche Stufe? \_\_\_\_\_

**Welche Krankheiten oder körperliche Besonderheiten müssen wir bei einer Behandlung besonders beachten?**

**Herz/Kreislauf**

- Herzinfarkt im Jahr \_\_\_\_\_
- Herzinsuffizienz/-erkrankung
- Herzzinnenhautentzündung
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Künstliche Herzklappen
- Angina pectoris
- Herzpass vorhanden
- Niedriger Blutdruck
- Hoher Blutdruck
- Ohnmachtsneigung

**Blut**

- Gerinnungsstörungen
- Bluter
- Neigung zu Nachblutungen

**Atmungswege/Lunge**

- Asthma
- Bronchitis
- Zigaretten täglich \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**

- Hepatitis  A  B  C
- HIV/Aids
- Tuberkulose

**Stoffwechsel**

- Diabetes (Wert HbA 1c)
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

**Nerven**

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Epileptische Anfälle

**Nieren**

- Nierenerkrankung
- Dialyse

**Augen**

- Grüner Star
- Grauer Star
- Vitrektomie

**Magen-Darm-Trakt**

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

**Schwangerschaft**

- ja, im \_\_\_\_ Monat
- nein
- ungewiss

**Allergien**

- Allergiepass vorhanden
- Zahnärztliche Werkstoffe:

**Medikamente**

Regelmäßige Einnahme:

- Bisphosphonate
- Blutgerinnungshemmende Mittel (Marcumar, Heparin, ASS)

- Unverträglichkeit** gegen

- Endoprothesen**

(Knie, Hüfte, Herzklappe, u.a.)

- Familie – Zahnerkrankungen**

(z.B. Parodontose)

Wollen Sie an Prophylaxe- und/oder Kontroll-Termine erinnert werden?  Ja  Nein

**Patientenzufriedenheit:**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

---

---

---

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen und anderen Medikamenten.

**Versichertenkarte:**

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte grundsätzlich bei jedem Besuch. Liegt sie uns 14 Tage nach Behandlung noch nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und senden Ihnen unsere Rechnung zu.

**Angaben zu Veränderungen meines allgemeinen Gesundheitszustandes:**

Für den Fall, dass sich zwischenzeitlich mein Gesundheitszustand ändert, informiere ich meinen Zahnarzt vor der nächsten Behandlung.

Ort / Datum

Unterschrift

**Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.**

