



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihr Praxisteam Zahngesundheit

Patient:

Name			Vorname			Geburtstag		
Straße			PLZ/Ort			E-Mail		
Telefon			Fax			Mobiltelefon		
Beruf			Arbeitgeber			Telefon		

Versicherung:

privat versichert gesetzlich versichert freiwillig versichert

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

Name			Vorname			Geburtstag		
Straße			PLZ/Ort			Telefon		
Beruf			Arbeitgeber					

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein
Sind Sie in einem Standardtarif der privaten Krankenversicherung versichert? ja nein

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht garantieren. Eine Abklärung der Erstattungsleistungen ist nur durch Erstellen eines gebührenpflichtigen Kostenvoranschlags möglich.

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Sind Sie in einer privaten Zusatzversicherung versichert? ja nein

Wir setzen uns für die optimale Behandlung eines jeden unserer Patienten ein. Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige unserer Behandlungsmethoden und Materialien nicht oder nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig über den Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

Hausarzt: Ort: Telefon:

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

überweisender oder vorheriger

Hauszahnarzt: Ort: Telefon:

Wann und wo wurde die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt?

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein unklar welcher Monat?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit ein?

Nehmen oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen, z. B. gegen Osteoporose? ja nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Myokarditis (Herzmuskelentzündung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Angina pectoris, Herzasthma:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler oder -ersatz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Angeborene Herzfehler:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrillmacher:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zustand nach Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erhöhter Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verminderter Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Infektionskrankheiten:

HIV-Infektion AIDS:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis (Gelbsucht):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige:	<input type="text"/>

Sonstige Erkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumor:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grüner Star:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Allergien bzw. Unverträglichkeiten? ja nein welche?
Liegen sonstige Erkrankungen vor? ja nein welche?

Rauchen Sie? ja nein seit wann? wie viel?
Sind Sie drogenabhängig? ja nein welche Drogen?

Fragen zu Ihrer Mundgesundheit:

Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf Heißes, Kaltes, Süßes, Saures oder beim Kauen? ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? ja nein
Schmerzt oder knackt es im Bereich Ihres Kiefergelenkes? ja nein
Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? ja nein

Bei Kindern:

Erhält Ihr Kind Fluoridtabletten? ja nein
Wird die Zahnpflege einmal täglich durch einen Erwachsenen unterstützt? ja nein
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Bitte beachten Sie, dass eine **Injektion** zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann. In sehr seltenen Fällen können sich allergische Reaktionen bzw. ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen.

Wir führen eine Bestellpraxis. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden privat in Rechnung stellen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung einverstanden.

Datum Unterschrift überprüft am Unterschrift