



## 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 im Loretto

### Patient:

|                      |             |              |
|----------------------|-------------|--------------|
| <input type="text"/> |             |              |
| Name                 | Vorname     | Geburtstag   |
| <input type="text"/> |             |              |
| Straße               | PLZ/Ort     | E-Mail       |
| <input type="text"/> |             |              |
| Telefon              | Fax         | Mobiltelefon |
| <input type="text"/> |             |              |
| Beruf                | Arbeitgeber | Telefon      |
| <input type="text"/> |             |              |

### Versicherung:

privat versichert     gesetzlich versichert     freiwillig versichert

### Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

|                      |             |            |
|----------------------|-------------|------------|
| <input type="text"/> |             |            |
| Name                 | Vorname     | Geburtstag |
| <input type="text"/> |             |            |
| Straße               | PLZ/Ort     | Telefon    |
| <input type="text"/> |             |            |
| Beruf                | Arbeitgeber |            |
| <input type="text"/> |             |            |

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

#### Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ..... ja    nein  
Sind Sie in einem Basistarif 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 Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

**Hausarzt:** Ort: Telefon:

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? .. ja nein Weshalb?

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit ein?

**Haben Sie eine Bisphosphonat-Therapie erhalten?** ..... ja nein

**Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?**

**Herz-/ Kreislaufferkrankungen:**

|   |    |      |  |    |      |
|---|----|------|--|----|------|
| Herzschwäche (Insuffizienz).....          | ja | nein | Myokarditis (Herzmuskelentzündung) ..... | ja | nein |
| Durchblutungsstörungen.....               | ja | nein | Angina pectoris, Herzasthma .....        | ja | nein |
| Herzklappenfehler oder -ersatz .....      | ja | nein | Angeborene Herzfehler .....              | ja | nein |
| Herzschrittmacher .....                   | ja | nein | Zustand nach Herzinfarkt .....           | ja | nein |
| Herzrhythmusstörungen .....               | ja | nein | Erhöhter Blutdruck .....                 | ja | nein |
| Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) .. | ja | nein | Verminderter Blutdruck .....             | ja | nein |

**Infektionskrankheiten:**

|                          |    |      |                             |    |      |
|--------------------------|----|------|-----------------------------|----|------|
| HIV-Infektion AIDS ..... | ja | nein | Hepatitis (Gelbsucht) ..... | ja | nein |
| Tuberkulose .....        | ja | nein | Sonstige:                   |    |      |
| MRSA Infektion .....     | ja | nein |                             |    |      |

**Sonstige Erkrankungen:**

|                                  |    |      |   |    |      |
|----------------------------------|----|------|---|----|------|
| Diabetes (Zuckerkrankheit) ..... | ja | nein | Blutgerinnungsstörungen .....           | ja | nein |
| Schilddrüsenerkrankung .....     | ja | nein | Rheuma .....                            | ja | nein |
| Osteoporose .....                | ja | nein | Tumor .....                             | ja | nein |
| Asthma .....                     | ja | nein | Anfallsleiden (Epilepsie) .....         | ja | nein |
| Grüner Star .....                | ja | nein | Ohnmachtsanfälle .....                  | ja | nein |
| Lebererkrankung .....            | ja | nein | Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ..... | ja | nein |

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

Welche?

Welche?

Rauchen Sie? ..... ja nein

Sind Sie drogenabhängig? ..... ja nein

Seit wann? Wie viel?

Welche Drogen?

Überweisender oder vorheriger

**Hauszahnarzt:** Ort: Telefon:

Wann und wo wurde die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt?

**Fragen zu Ihrer Mundgesundheit:**

|  |    |      |   |    |      |
|--|----|------|---|----|------|
| Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf Kälte? .... | ja | nein | Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? .. | ja | nein |
| Schmerzt Ihr Kiefergelenk beim Essen? .....      | ja | nein | Knirschen Sie mit den Zähnen? .....         | ja | nein |
| Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? | ja | nein |   |    |      |

**Bei Kindern:**

Erhält Ihr Kind Fluoridtabletten? ..... 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.

Die Abtretung von Forderungen an Dritte (beispielsweise Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit der Praxis Zahngesundheit im Loretto resultieren, ist ausgeschlossen.

**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.