

Liebe Patientin, lieber Patient

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine optimale und risikolose Behandlung wichtig. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Straße/Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
Telefon privat	<input type="text"/>	Tel. geschäftl.	<input type="text"/>
Telefon mobil	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>

Mitglied / Zahlungspflichtiger, falls abweichend

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Straße/Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt Privater Basistarif

Private Zusatzversicherung bei

Freiwillig versichert bei

Name des Betreuers bei betreuten Personen

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

UNSER SERVICE FÜR SIE

Wünschen Sie Informationen über eine Individuelle Prophylaxesitzung? Ja Nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert zu werden? Ja Nein

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten? Herz-Kreislaufferkrankungen

<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/> Herzkranzgefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Herzfehler
<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> Angina pectoris
<input type="checkbox"/> Stent/Bypass	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	

Infektionskrankheiten

<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C)	<input type="checkbox"/> TBC (Tuberkulose)
<input type="checkbox"/> Creuzfeldt-Jakob (CJD)	<input type="checkbox"/> Neue Variante von CJD	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (MRSA)
		<input type="checkbox"/> _____

Leiden Sie an folgenden anderen Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen
<input type="checkbox"/> Schlaganfall, wann?	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen, wann?	<input type="checkbox"/> Asthma	Welche?
<input type="checkbox"/> Gelbsucht, wann?	<input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis	_____
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen, wann?	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	
<input type="checkbox"/> Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> Osteoporose	

Bitte Rückseite beachten!

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT/FORTSETZUNG

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?

Ja Nein Welche? _____

Allergien/Überempfindlichkeiten (Allergiepass) wie z.B. Heuschnupfen, allergisches Asthma, Latex, Metalle, Sonstiges?

Ja Nein Welche? _____

Unverträglichkeit von Medikamenten/Antibiotika/Spritzen (Anästhesie)?

Ja Nein Welche? _____

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Stehen Sie unter medikamentöser Chemotherapie?

Ja Nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Herzmedikamente

Blutverdünner (Marcumar, ASS)

Schmerzmittel

Bisphosphonate (Tumor-/Osteoporosetherapie)

Cortison (Kortikoide)

Immunsuppressiva

Antidepressiva

Sonstiges/Präparate _____

Frauen im gebärfähigen Alter

Besteht aktuell Kinderwunsch?

Ja Nein

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

In welcher Woche _____

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Leiden Sie unter

Mundtrockenheit

Kieferschmerzen/Kiefergelenksschmerzen

Zahnfleischbluten

Kopfschmerzen

Verspannungen im Gesichts-
und Nackenbereich

Zahnschmerzen

Tinnitus

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wegen _____

Ja

Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja

Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Ja

Nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

Ja

Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? Circa _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Ja

Nein

Möchten Sie einen Röntgenpass ausgestellt bekommen?

Ja

Nein

Sind Sie einverstanden, dass auf Anforderung Ihre Röntgenbilder an andere Ärzte
übermittelt werden?

Ja

Nein

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Von Bekannten empfohlen, weil _____

Telefonbuch/Branchenbuch _____

Internet, über die Seite _____

Überweisung von _____

Sonstiges _____

Vielen Dank für Ihre Zeit und dafür, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben!

Sie können Ihren Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten zu. Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine Fotodokumentation von meinen Zähnen erstellt und verwendet wird. Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort/Datum

Unterschrift/Erziehungsberechtigter/Betreuer