



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.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift, Straße: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

pflichtversichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

vollversichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Standardtarif (1,7fach)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anspruch auf Beihilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift, Straße: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger
Vorsorge, um erneute Erkrankungen
zu vermeiden? (Erinnerungsservice) ja nein



Patient: _____

Ihr persönlicher Gesundheits-Check

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher/künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Marcumar/Gerinnungshemmer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutungsneigung/Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis A,B,C | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-/Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lungenerkrankung/Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nasen-/Nebenhöhlenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
-

Allergien ja nein
Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten
empfindlich? ja nein
Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher? ja nein

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____



Patient: _____

Grund Ihres Besuchs

- | | | |
|------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kiefergelenksbeschwerden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knirschen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mundgeruch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges | | |

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- | | | |
|----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| starke Schmerzempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| starker Würgereiz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Internet andere Quelle _____

Beratungswunsch

- | | | |
|------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| weiße Zähne (Bleaching) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| kieferorthopädische Behandlung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ernährungsfragen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantologie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges | | |

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, gehen wir davon aus, dass Sie als Privatpatient betrachtet werden wollen und Sie erhalten eine Rechnung.

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.

Datum _____

Unterschrift _____