

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Vor Ihrer Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Vielen Dank.

_____ Patient Familienname	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Ort	_____ Versicherungsnehmer (bei Familienversicherung)
_____ Telefon privat	_____ Telefon beruflich (freiw. Angabe)	_____ Handy
_____ Email	_____ Beruf	_____ Arbeitgeber (freiw. Angabe)
_____ Krankenkasse/Krankenversicherung	_____ Zusatzversicherung	Beihilfe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein? Wenn ja welche? _____

Haben Sie die letzten 15 Jahre Bisphosphonate eingenommen? Ja Nein

Nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel ein? Ja Nein

Allergien: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen _____ | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen _____ | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV) | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> AIDS |
- Sonstige: _____

Grund meines Zahnarztbesuches:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Routine-Untersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellung |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung (PZR) | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja welcher Monat: _____

Stillen Sie? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wünschen Sie **nur** eine Behandlung der zur Zeit vorhandenen Beschwerden?

Unser besonderer Service – Wir erinnern gerne an Ihre Termine. Wie, entscheiden Sie:

(separate schriftliche Einwilligung dazu muss vorliegen)

Ihr halbjährlicher Kontrolltermin per: Brief SMS E-Mail gar nicht

Ihr Behandlungstermin per: SMS gar nicht

Ich wurde darüber informiert, dass im Falle einer örtlichen Betäubung meine Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt ist. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlung auftreten, umgehend mitzuteilen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Datum _____ Unterschrift _____