

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 (freiwillig. Angabe)	_____ Handynummer
_____ Email	_____ Beruf (freiwillig. Angabe)	_____ Arbeitgeber (freiwillig. 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 (Medikamente zur Osteoporose/Krebs Therapie) eingenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Allergien: _____		
<u>Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?</u>		
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen, wenn ja welcher Art: _____		
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen wenn ja welcher Art: _____		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen wenn ja welcher Art: _____		
<input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen wenn ja welcher Art: _____		
<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) | | |

Sonstiges: _____

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

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung von Familie/Freunde
 Facebook
 Google
 Sonstiges _____

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

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.

Ich wurde darauf hingewiesen, daß die Praxis Zahnärztliche BAG Dr. Markus Schmid/Dr. Johannes Ermer mit der Praxis Kieferorthopädie Frau Dr. Heike Schmid zusammenarbeitet, rechtlich aber jeweils selbständig sind. Die Datenverarbeitung der zwei Praxen erfolgt in einem Programm. Ich wurde darauf hingewiesen und bin damit einverstanden, das die jeweiligen Praxisinhaber und Praxismitarbeiter sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen dürfen, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / und oder des Erziehungsberechtigten