

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)	Handynummer
_____	_____	_____
Email	Beruf (freiw. Angabe)	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? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Denosumab (Medikament zur Osteoporose/Krebs Therapie) ein?  Ja  Nein

Haben Sie die letzten 15 Jahre Bisphosphonate (Medikamente zur Osteoporose/Krebs Therapie) eingenommen?  Ja  Nein

Nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel ein?  Ja  Nein

Allergien: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

- Herzerkrankungen, wenn ja welcher Art: \_\_\_\_\_
- Lebererkrankungen wenn ja welcher Art: \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankungen wenn ja welcher Art: \_\_\_\_\_
- Nervenerkrankungen wenn ja welcher Art: \_\_\_\_\_
- Hoher Blutdruck  Niedriger Blutdruck  Schlaganfall
- Asthma/Lungenerkrankung  Zuckerkrankheit  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