

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

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf (freiwillig. Angabe)

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber (freiwillig. Angabe)

Gesetzlich versichert:  Ja  Nein  
Zusatzversicherung:  Ja  Nein  
Privat versichert:  Ja  Nein -> wenn ja: Basistarif  Ja  Nein  
Beihilfe:  Ja  Nein

Nehmen Sie zurzeit 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

Konsumieren Sie regelmäßig THC / Cannabis?  Ja  Nein

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

Künstliche Gelenke jeglicher Art: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Fluoridierung der Zähne Ihrer Kinder einverstanden?  Ja  Nein  keine Kinder

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
- Asthma/Lungenerkrankung
- Blutgerinnungsstörung
- Schilddrüsenüberfunktion
- Immunschwäche (HIV)
- Niedriger Blutdruck
- Zuckerkrankheit
- Herzschrittmacher
- Schilddrüsenunterfunktion
- Hepatitis
- Schlaganfall
- Rheuma
- Epilepsie
- Tuberkulose
- AIDS

Sonstige: \_\_\_\_\_

Grund meines Zahnarztbesuches:

- Routine-Untersuchung
- Kiefergelenksprobleme
- Zahnfleischbluten
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Zahnschmerzen
- Zähneknirschen
- Neuer Zahnersatz
- Zahnfehlstellung
- Zahnlockerung
- Probleme mit Zahnersatz

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 zurzeit 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, dass 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