

Verehrte Patienten, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Für einen reibungslosen Ablauf bitten wir Sie, die folgenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

Patient					
Name		Vorname		Geb.Datum	
Name des Versicherten (falls abweichend)		Vorname		Geb.Datum	
Adresse: Straße und Hausnummer		PLZ		Ort	
Telefonnummer (privat)		Mobilnummer (privat)		E-Mail-Adresse	
Name des gesetzlichen Betreuers (falls vorhanden)				Telefonnummer	
Beruf		Arbeitgeber		Telefonnummer (Arbeit)	
Krankenkasse					
Gesetzlich versichert	☐ ja	☐ nein	Zahnezusatzversicherung	☐ ja	☐ nein
Privat versichert	☐ ja	☐ nein	beihilfeberechtigt	☐ ja	☐ nein
Liegt ein Pflegegrad vor?	☐ ja	☐ nein	Wenn ja, welcher (1-5)?	Grad:	

Einige Fragen, damit wir von Anfang an auf Ihre Wünsche eingehen können:

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch? _____

Wünschen Sie eine Beratung zu Zahnersatz und Implantaten? ☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie eine Beratung zur Zahnästhetik, Harmonieschienen? ☐ ja ☐ nein

Schnarchen Sie? Wünschen Sie Informationen zu Schnarchschielen? ☐ ja ☐ nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ☐ ja ☐ nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wir sind sehr bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher ist es erforderlich, dass Sie Ihre Termine einhalten oder rechtzeitig mind. 24 Stunden vorher absagen. Bei Nichterscheinen oder bei nicht rechtzeitiger Absage wird eine Ausfallgebühr von 120,- € je Stunde geltend gemacht.

Bitte wenden und die 2. Seite ausfüllen



ANAMNESE

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Name und Tel.Nr. Ihres Hausarztes _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Herz- und Kreislauferkrankungen:

Endokarditis	☐ ja	☐ nein	Herzschwäche (Insuffizienz)	☐ ja	☐ nein
Künstliche Herzklappen	☐ ja	☐ nein	Zu hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzschritmacher	☐ ja	☐ nein	Zu niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzinfarkt, wann?	☐ ja	☐ nein	Bluterkrankung	☐ ja	☐ nein

Stoffwechselerkrankungen:	Diabetes	☐ ja	☐ nein
	Schilddrüsenerkrankung	☐ ja	☐ nein

Erkrankung des Nervensystems	Epilepsie	☐ ja	☐ nein
	beginnende Demenz oder Alzheimer	☐ ja	☐ nein

Infektionskrankheiten	Hepatitis A B C	☐ ja	☐ nein
	Aids//HIV positiv//Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	☐ ja	☐ nein
	Tuberkulose	☐ ja	☐ nein
	MRSA (Krankenhauskeim)	☐ ja	☐ nein

Allergien? Wenn ja, welche _____ ☐ ja ☐ nein

Sonstiges	Asthma	☐ ja	☐ nein
	Rheuma	☐ ja	☐ nein
	Tumorerkrankung, Chemotherapie, Bestrahlungen	☐ ja	☐ nein
	Haben Sie künstliche Gelenke?	☐ ja	☐ nein
	Rauchen Sie?	☐ ja	☐ nein

Weitere Erkrankung: _____ ☐ ja ☐ nein

Haben Sie einen Herzpass, Allergiepass, Implantatpass? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie im letzten Jahr im Kopf-/Halsbereich geröntgt worden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo und bei wem? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? ☐ ja ☐ nein

Nehmen oder haben Sie Medikamente gegen Osteoporose (sog. Bisphosphonate) eingenommen? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein

Vielen Dank für Ihre Bemühungen! Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert!
Bitte beachten Sie, dass eine örtliche Betäubung Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen kann.

Datum

Unterschrift