



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____
Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

- Pflichtversichert **ja [] nein []**
- Freiwillig versichert **ja [] nein []**
- Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja [] nein []**
- Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja [] nein []**

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

- Standardtarif? **ja [] nein []**
- Basistarif? **ja [] nein []**
- Studentisch versichert? **ja [] nein []**
- Beihilfeberechtigt? **ja [] nein []**

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____

- Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja [] nein []**
- Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? **[] schriftlich [] per E-Mail**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- | | | |
|---|--------|----------|
| Herzerkrankung | ja [] | nein [] |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | ja [] | nein [] |
| Hoher Blutdruck | ja [] | nein [] |
| Niedriger Blutdruck | ja [] | nein [] |
| Ohnmachtsneigung | ja [] | nein [] |
| Marcumar / Gerinnungshemmer | ja [] | nein [] |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung | ja [] | nein [] |
| Glaukom (grüner Star) | ja [] | nein [] |
| Künstliche Gelenke (Endoprothesen) | ja [] | nein [] |
| Epilepsie (Krampfleiden) | ja [] | nein [] |
| Rheuma | ja [] | nein [] |
| Diabetes (Zucker) | ja [] | nein [] |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen | ja [] | nein [] |
| Schilddrüsenerkrankung | ja [] | nein [] |
| Magen- / Darmerkrankung | ja [] | nein [] |
| Osteoporose (wenn ja, welche Medikamente nehmen/nahmen Sie?) | ja [] | nein [] |
| Nierenerkrankung | ja [] | nein [] |
| Lungenerkrankung / Asthma | ja [] | nein [] |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | ja [] | nein [] |
| Haben oder hatten Sie eine Infektionserkrankung (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose, etc.)? | ja [] | nein [] |
| Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung (z.B. Krebs)? | ja [] | nein [] |
| Haben oder hatten Sie eine sonstige schwere Erkrankung ?
Wenn ja, welche? | ja [] | nein [] |

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? (Allergiepass)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie auf best. Medikamente überempfindlich? Welche?

Sind Sie Raucher? (wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?) _____ ja [] nein []

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []



Patient: _____

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Knirschen / Pressen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja []	nein []
Sonstiges		

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Würgereiz	ja []	nein []

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

hochwertige Endodontie (Wurzelkanalbehandlung)	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
hochwertige Kunststofffüllungen	ja []	nein []
Zahnfarbene Keramikrestorationen	ja []	nein []
Kieferorthopädische Behandlung	ja []	nein []
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []
Sonstiges		

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum _____ Unterschrift _____