

PERSÖNLICHES

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf

Daten Ihres Hausarztes

Name

Adresse

Telefon

Krankenkasse / Nr.

gesetzlich versichert privat versichert

Zahnzusatzversicherung beihilfeberechtigt

Pflegegrad - wenn ja, welcher?

Bitte nur ausfüllen, wenn Patient und Versicherer nicht übereinstimmen:

Versicherter

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von _____

Internet - Suchbegriffe _____

Überweisung von _____

Sonstiges _____

Sind Sie damit einverstanden, in unser Recall-System aufgenommen zu werden? Ja Nein

Möchten Sie per SMS an Ihren Termin erinnert werden? Ja Nein

HINWEISE

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:

Bitte sorgen sie dafür, dass der Krankenschein/die Krankenversicherungskarte nicht später als 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht wird, da ansonsten eine private Rechnungsstellung erfolgt.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache:

Für Ihre Patientenakte erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie uns künftig bitte auch Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.



Sollten Sie den für Sie reservierten Termin nicht wahrnehmen oder nicht rechtzeitig absagen (spätestens 24 Std. vorher) behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

weiter auf Seite 2 

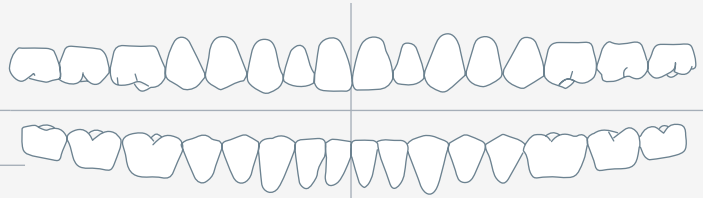
MEDIZINISCHE AUSKÜNFTE

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

- Routinekontrolle Beratung Neuen Zahnersatz „Zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung Anderer Grund

Haben Sie aktuell Beschwerden?
Falls ja, bitte Region ankreuzen →

Beschreibung der Beschwerden:



Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des/der ...

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kreislaufs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lungen (Asthma) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluterkrankheit/Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bulimie/Magersucht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grüner Star/Grauer Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrensausen/Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Migräne | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| eine Gelenkprothese
(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- Wenn ja, welche? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

- HIV Hepatitis C MRSA
 TBC Sonstige _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Bypass |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Stent |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> _____ |

Medikamente: Nehmen Sie ...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar*, ASS? | |
| <input type="checkbox"/> Antiresorptiva (z.B. Bisphosphonate) - wenn ja, welche? | |

andere Medikamente _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente/Spritzen aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

Sind Sie schwanger? ja, Woche: _____ nein

Zum Schluss:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verspüren Sie oft Tagesmüdigkeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe?

⊖ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ⊕

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnstellung?

⊖ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ⊕

Datum _____

Unterschrift _____