

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir außer Ihren Personalien auch  
 Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und  
 dienen als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen  
 Schweigepflicht entsprechend vertraulich.

Patient

Name  Vorname  geb.

Straße/Hausnummer  Telefon

Postleitzahl / Ort  Mobil-Tel.-Nr.

Arbeitgeber

Versicherter

Name  Vorname  geb.

Straße/Hausnummer  Telefon

Postleitzahl / Ort  Mobil-Tel.-Nr.

Krankenkasse

gesetzlich\*    freiwillig    privat    beihilfeberechtigt    zusatzversichert

\* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/> HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> Augenkrankheiten
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Magenprobleme	

wenn ja, seit wann?

b)  Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien /Penicillin   Allergiepass  ja  nein  
 nein   wenn ja, welche?

c)  Herzinfarkt / Angina pectoris    nein  
 Nehmen Sie Marcumar?    ja    nein  
 Schlaganfall    nein  
 Lähmungen    nein   ggf. wann?

d) Blutdruck    niedrig  
 hoch   ggf. Werte?

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?    ja    nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?    ja    nein   wenn ja, welche?

Sonstiges

4. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein wievielte Woche?

5. Tragen Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen)   
Wie alt ist dieser Zahnersatz?

6. Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein  
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? ungefähr?

7. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?  ja  nein  
Leiden Sie an Zahnfleischbluten?  ja  nein  
Haben Sie morgens Kiefergelenkschmerzen?  ja  nein  
Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphthen?  ja  nein

8. Rauchen Sie?  ja  nein wenn ja, wieviele?

**Bitte beachten Sie:** Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Ihre Fahrtüchtigkeit für 3-4 Stunden verloren geht und für 24 Stunden eingeschränkt ist. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Der Grund Ihres Besuches ist:  Schmerzen  Beratung und Therapieplanung  zur Kontrolle

**Nur noch einige Fragen für eine persönliche und erfolgreiche Zusammenarbeit**

Haben Sie viel Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung?  ja  nein  viel 5 bis wenig 1  
Stehen Sie unter Zeitdruck, so dass wir bei der Terminvergabe Rücksicht nehmen müssen?  ja  nein  
Wünschen Sie eine Benachrichtigung zu Ihrer Kontrolluntersuchung?  ja  nein  
Möchten Sie über moderne und schonende Behandlungsmethoden informiert werden?  ja  nein  
Haben Sie Interesse an einem Prophylaxeprogramm, das Sie vor Karies- und Zahnfleischerkrankungen schützt?  ja  nein  
Sind Sie über die Bedeutung von Zahnfleischerkrankungen aufgeklärt worden?  ja  nein  
Interessieren Sie sich für kosmetische Maßnahmen, die die Ästhetik Ihrer Zähne hervorheben?  ja  nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Was machen Sie beruflich?

Wie/durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

**Hinweis zur Organisation:**

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie vereinbaren. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum  Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

*Ihr Praxisteam*