

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient/ Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Versicherung: _____

gesetzlich freiwillig privat PKV-Standardtarif Beihilfe

Besteht eine Zahnzusatzversicherung: _____

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____

Ih Hauptanliegen warum Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Herz/ Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> | Herzklappenerkrankungen/ -ersatz | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/ Stent/ Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu blauen Flecken | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV/ AIDS) | <input type="checkbox"/> | Rheuma, rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Glaukom - grüner Star) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen/ Infektionen | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? (wieviele pro Tag: _____) | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (ja/ vielleicht) | <input type="checkbox"/> |
| Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?) | <input type="checkbox"/> | | |

Welche Allergien _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel (Plavix), ASS) ein?

Welche Medikamente: _____

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus?

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten - von Anfang an!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig werden sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. **Gerne Beraten wir Sie!**

Ich wünsche eine gezielte Beratung über ...

Implantate (künstliche Zahnwurzeln)	<input type="checkbox"/>	Prophylaxe/ Professionelle Zahnreinigung (PZR)	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Kinderprophylaxe	<input type="checkbox"/>
Laser-Behandlung	<input type="checkbox"/>	Beratung für Schwangere	<input type="checkbox"/>
Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)	<input type="checkbox"/>	Mundgeruchsprechstunde	<input type="checkbox"/>
Amalgamaustausch / -alternativen	<input type="checkbox"/>	Bleaching (Zahnaufhellung)	<input type="checkbox"/>
Schöneres Lächeln - ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>	Angstfreie Behandlung	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenk-Behandlung (CMD)	<input type="checkbox"/>	Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	_____	

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch: Gelbe Seiten: Internetpräsenz: Internetsuchmaschine:

Lage der Praxis: Auf Empfehlung von: _____

Bemerkungen / Sonstiges:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten