

Liebe Patientinnen und Patienten!

Ihre Praxisbesuche sollen so angenehm wie möglich sein: Sie werden optimal und individuell zahnmedizinisch beraten und behandelt! Dazu benötigen wir genaue Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und alle von Ihnen regelmäßig eingenommenen Medikamente.

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihre Angaben verändert haben. Mit Ihren Antworten gehen wir vertraulich um. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis!

Name	Geburtsdatum	
Versicherter (Vor- und Nachname)	Geburtsdatum	
Adresse		
Telefon (Privat)	Telefon (Geschäftlich)	Mobil
Hausarzt	ggf. Telefon	

Für Privatpatienten:

ich bin privat versichert bei der _____

ich bin beihilfeberechtigt

ich habe einen Basistarif

Für Kassenpatienten:

ich bin gesetzlich versichert bei _____

ich habe eine private Zusatzversicherung

Liegt bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten vor?

	JA	NEIN		JA	NEIN
Herzfehler oder Herzschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie / Nahmen Sie Medikamente wegen Osteoporose (z. B. Bisphosphonate)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher oder Herzinfarkt / Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nur für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma oder Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie je epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Neigen Sie dazu ohnmächtig zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie irgendwelche Reaktionen auf Medikamente oder Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Infektionskrankheiten wie Hepatitis, Tuberkulose oder HIV / AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore oder bösartige Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Bluterkrankungen (Bluten Sie länger als üblich)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wann wurden Ihre Zähne zum letzten Mal geröntgt?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Leiden Sie an:

	JA	NEIN		JA	NEIN
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenkprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähneknirschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Möchten Sie über unser Individualprophylaxe-Programm (PZR / Zahnreinigung, Kinderprophylaxe, Kariesprophylaxe) informiert werden?

- Ja, ich habe bereits an ähnlichen Maßnahmen teilgenommen
- Ja, ich möchte gerne erste Informationen bekommen
- Nein, kein Interesse

Ich möchte zur nächsten Vorsorgeuntersuchung benachrichtigt werden:
(dieser Service ist kostenlos)

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ggf. E-Mail

Sollte bei Ihrer Behandlung eine Betäubung notwendig sein, beachten Sie bitte, dass eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstüchtigkeit möglich ist.

Hinweis: Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden und darüber informiert, dass ich jederzeit von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen kann.

Datum

Unterschrift