



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zu Ihrer Person

Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
 Straße _____ Ort _____
 Telefon _____ E-Mail _____
 Arbeitgeber _____ ggf. Tel.Arbeitsplatz _____

Falls Sie Familienmitglied sind:

Vorname u.Name des Versicherten _____ Name der Krankenkasse _____
 (ggf. alternativer Rechnungsempfänger)
 Geb.-Datum _____

Für die Bezuschussung von Zahnersatz ist es bei Kassenpatienten wichtig zu wissen, ob ein Bonus besteht. Falls Sie einen Bonusnachweis besitzen, bitten wir Sie diesen vorzulegen.

keinen Bonus 5 Jahre Bonus 10 Jahre Bonus

Wünschen Sie von uns per Brief oder E-Mail an Ihre nächste Kontrolluntersuchung, sowie an Ihre nächsten Termine erinnert zu werden?

ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnersatz? ja nein

Sind Sie pflegebedürftig und haben einen Pflegegrad? ja nein

Wenn ja, welchen Pflegegrad haben Sie? _____

Allgemeine Anamnese (**Zutreffendes ggf. unterstreichen**)

Ärztliche Behandlung Stehen sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt _____
 (ggf.Name, Adresse, Tel.) _____

Medikamente Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

		Ja	Nein
Allergien	Vertragen Sie gewisse Medikamente oder Materialien Nicht /z.B. Penicillin, Jod)? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen (Zutreffendes ggf. unterstreichen)

		Ja	Nein
Herzerkrankungen	(z.B. Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, Zustand nach Herzinfarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufkrankungen	(Bluthochdruck oder niedriger Blutdruck, Schwindel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	(Hyper- oder Hypothyreose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	(Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden	(z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung	Kam es zuvor nach einer Zahnentfernung zu Nachblutungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionserkrankungen	(z.B. Gelbsucht – Hepatitis A/B/C, HIV, Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MRSA	(Krankenhauskeim)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen	Wenn ja, welche _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Röntgen	Wurden sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahn- bereich geröntgt? Wenn ja, bei welchem Arzt, bzw. Zahnarzt? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwangerschaft	Wenn ja, in welchem Monat? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns im eigenen Interesse Änderungen der obigen Angaben mit!

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Bedenken Sie bitte außerdem, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Ihre Daten werden ausschließlich auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO) verarbeitet. Der Schutz Ihrer Daten steht für uns im Mittelpunkt!

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wir freuen uns, Ihnen helfen zu können!
Ihr Praxisteam