



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

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

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.



Patient (Frau/ Herr / Kind)

Name Vorname Geburtsdatum

Straße / Hausnummer Postleitzahl / Ort

Telefon privat / dienstlich / mobil e-mail

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Mitglied / Zahlungspflichtiger / Versicherter (Frau/ Herr)

Name Vorname Geburtsdatum

Straße / Hausnummer Postleitzahl / Ort

Telefon privat / dienstlich / mobil e-mail

Beruf des Mitglieds

Krankenversicherung

- Ich bin gesetzlich versichert bei:
- Ich bin privat Zusatzversichert bei:
- Ich bin beihilfeberechtigt Land / Bund:
- Ich bin privat versichert bei:
- Ich habe einen PKV – Standardtarif bei:

Ihre Behandlungs- und Beratungswünsche

- Zahnschmerzen (akut / chronisch)
- Zahnfleischbluten / Zahnlockerung
- Professionelle Zahnreinigung / Prophylaxe
- Ästhetisch schöne Zähne
- Zahnimplantate (künstliche Wurzeln)
-
- Zahnärztliche Hypnose
- Kontrolle
- Regulierung der Zahnstellung (Kieferorthopädie)
- Kiefergelenksprobleme (Kopfschmerz)
- Zahnaufhellung (Bleaching)
- Erinnerung zur Prophylaxe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie kommen in unsere Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie geringe Wartezeiten und Zeit für Ihre Wünsche. Wir bitten um Verständnis, wenn medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Therapiemaßnahmen dazu führen, dass Ihr Termin nicht exakt eingehalten werden kann. Kommen Sie wegen eines Notfalls / akuter Schmerzen zu uns, müssen Sie unter Umständen mit Wartezeiten rechnen.

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine frühzeitig, möglichst **48-24 Stunden vorher** ab.

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

- Internet (Google /Datenbank) Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges Empfehlung von

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen.

- Leiden Sie unter Zahnarztangst Ja Nein
- Hatten / Haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome :*
- Schwere Atemnot / Asthma Ja Nein
 - Blutzucker /Diabetes Ja Nein
 - Rheuma Ja Nein
 - HIV positiv / AIDS Ja Nein
 - Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
 - Blutgerinnungsstörungen / Blutverdünner Ja Nein
 - Bluterkrankungen Ja Nein
 - Tuberkulose Ja Nein
 - Herz- und Kreislauferkrankungen Ja Nein
 - Epileptiforme Anfälle Ja Nein

- Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen Nein ggf. wann
- Gelbsucht / Lebererkrankungen / Hepatitis A B C Nein
- Blutdruck niedrig normal hoch
- Allergische Reaktionen / Medikamentenunverträglichkeit / Allergiepass Ja Nein

- Sind Sie schwanger? Ja Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?* Ja Nein

Wenn ja, welche.....
Name und Telefonnummer des Hausarztes

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Datum Unterschrift Patient / Versicherter