

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Patientendaten**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Versichertendaten** (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? ja [  ] nein [  ]

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? schriftlich [  ] per E-Mail [  ]

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Ihr persönlicher Gesundheitscheck**

Herzerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja [ ]	nein [ ]
Hoher Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Niedriger Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Ohnmachtsneigung	ja [ ]	nein [ ]
Gerinnungshemmer (Blutverdünner)	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, welche?

Marcumar    ASS    Plavix    Xarelto    Eliquis  
 anderer:

Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Diabetes	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	ja [ ]	nein [ ]
Nierenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, AIDS, etc...)	ja [ ]	nein [ ]
Lungenerkrankung / Asthma	ja [ ]	nein [ ]
Allergien	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, welche?

Epilepsie	ja [ ]	nein [ ]
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, welche?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja [ ]	nein [ ]
--	--------	----------

Wenn ja, in welchem Monat?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja [ ]	nein [ ]
--	--------	----------

Wenn ja, welchen?

Sind Sie Raucher?	ja [ ]	nein [ ]
-------------------	--------	----------

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne/ Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenksbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

---

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja [ ]	nein [ ]
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja [ ]	nein [ ]
Starker Würgereiz	ja [ ]	nein [ ]
Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?		

---

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_