

**Herzlich willkommen in unserer Praxis !**

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: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

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

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

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

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

**Name der Krankenkasse** \_\_\_\_\_

**Bei einer gesetzlichen Kasse:**

Pflichtversichert ja  nein

Freiwillig versichert ja  nein

Privat zusatzversichert ja  nein

Haben Sie die Kosten-  
erstattung gewählt? ja  nein

**Bei einer Privatversicherung:**

1. Beihilfeberechtigt Ja  nein

2. Standardtarif Ja  nein

3. Studentisch versichert Ja  nein

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

Rechnung an: Patienten  Versicherten

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

geboren am: \_\_\_\_\_

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

**Weitere Angaben**

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

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, wie möchten Sie an Ihren nächsten  
Vorsorgetermin erinnert werden? per Brief  per E-Mail

**Ihr persönlicher Gesundheitscheck**

- 1. Herzerkrankungen ja  nein
- 2. Herzschrittmacher ja  nein
- 3. künstl. Herzklappen ja  nein
- 4. Hoher Blutdruck ja  nein
- 5. Niedriger Blutdruck ja  nein
- 6. Ohnmachtsneigung ja  nein
- 7. Marcumar/  
Gerinnungshemmer ja  nein
- 8. Blutungsneigung/  
Bluterkrankung ja  nein
- 9. Rheuma ja  nein
- 10. Diabetes ja  nein

- 11. Schilddrüsen-  
erkrankung ja  nein
- 12. Lebererkrankung  
(Hepatitis) ja  nein
- 13. Magen-/  
Darmerkrankung ja  nein
- 14. Nierenerkrankung ja  nein
- 15. Lungenerkrankung/  
Asthma ja  nein
- 16. Nasen-/  
Nebenhöhlenerkrankung ja  nein
- 17. Epilepsie ja  nein
- 18. AIDS / HIV ja  nein
- 19. chronische Erkran-  
kung der Atemwege (Husten etc.) ja  nein
- 20. Tuberkulose ja  nein
- 21. Schnarchen Sie ? ja  nein

Name Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien (z.B.: Penicillin-Überempfindlichkeit) ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja  nein

Wenn ja, bei welchen? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher? ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben**

Sind Sie frisch operiert? ja  nein

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? \_\_\_\_\_

**Für unsere weiblichen Patienten:**

Sind Sie schwanger? ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Patient

**Grund Ihres Besuches**

- 1. Kontrolluntersuchung ja  nein
- 2. Zahnschmerzen ja  nein
- 3. Zahnfleischbluten ja  nein
- 4. Mundhygiene ja  nein

- 5. Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen ja  nein
- 6. Kiefergelenkbeschwerden ja  nein
- 7. Knirschen ja  nein
- 8. Unzufriedenheit mit der Zahnästhetik? ja  nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Sie sind uns wichtig**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja  nein
- Starke Schmerzempfindlichkeit ja  nein
- Starker Würgereiz ja  nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

**Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?**

**Beratungswunsch**

- 1. Professionelle Zahnreinigung - *Gesunde Zähne ein Leben lang* ja  nein
- 2. Weiße Zähne (Bleaching) - *die schonende Zahnaufhellung* ja  nein
- 3. Zahnästhetik - *die Schönheit Ihres Lächelns* ja  nein
- 4. Füllungsalternativen ja  nein
- 5. Kiefergelenkbehandlung ja  nein
- 6. Austestung verträgl. Füllungsmaterialien ja  nein
- 7. Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung ja  nein
- 8. Implantate - *die künstliche Zahnwurzel* ja  nein
- 9. Behandlung in Sedierung oder Narkose ja  nein
- 10. Sonstiges \_\_\_\_\_

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Termine, die nicht eingehalten werden können, bitten wir, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.**