



## 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 ordentliche und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

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

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

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

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

Name der Krankenkasse: **Zuordnung nächst 0000**

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [ ] **nein** [ ]

Freiwillig versichert **ja** [ ] **nein** [ ]

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [ ] **nein** [ ]

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [ ] **nein** [ ]

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Basistarif? **ja** [ ] **nein** [ ]

Studentisch versichert? **ja** [ ] **nein** [ ]

Beihilfeberechtigt? **ja** [ ] **nein** [ ]

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

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

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

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

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

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

\_\_\_\_\_

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

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert  
werden? [ ] **telefonisch** [ ] **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.



Patient: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

|   |        |          |
|---|--------|----------|
| Herzerkrankung  | ja [ ] | nein [ ] |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen                         | ja [ ] | nein [ ] |
| Hoher Blutdruck   | ja [ ] | nein [ ] |
| Niedriger Blutdruck   | ja [ ] | nein [ ] |
| Ohnmachtsneigung  | ja [ ] | nein [ ] |
| Marcumar / Gerinnungshemmer                                     | ja [ ] | nein [ ] |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung                                | ja [ ] | nein [ ] |
| Rheuma  | ja [ ] | nein [ ] |
| Diabetes  | ja [ ] | nein [ ] |
| Lebererkrankung (Hepatitis)                                     | ja [ ] | nein [ ] |
| Magen- / Darmerkrankung   | ja [ ] | nein [ ] |
| Nierenerkrankung  | ja [ ] | nein [ ] |
| Lungenerkrankung / Asthma                                       | ja [ ] | nein [ ] |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen                                | ja [ ] | nein [ ] |
| Epilepsie   | ja [ ] | nein [ ] |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?<br>Wenn ja, welche? | ja [ ] | nein [ ] |

\_\_\_\_\_  
Allergien ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_  
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, bei welchen?

\_\_\_\_\_  
Sind Sie Raucher? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

\_\_\_\_\_  
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, in welchem Monat?

### Grund Ihres Besuchs

|                                   |        |          |
|-----------------------------------|--------|----------|
| Kontrolluntersuchung              | ja [ ] | nein [ ] |
| Zahnschmerzen                     | ja [ ] | nein [ ] |
| Zahnfleischbluten                 | ja [ ] | nein [ ] |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | ja [ ] | nein [ ] |
| Kiefergelenkbeschwerden           | ja [ ] | nein [ ] |
| Verfärbungen                      | ja [ ] | nein [ ] |
| unschöne Füllungen                | ja [ ] | nein [ ] |



---

### Grund Ihres Besuchs

Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? 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

Professionelle Zahnreinigung ja [ ] nein [ ]  
Weiße Zähne (Bleaching) ja [ ] nein [ ]  
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln ja [ ] nein [ ]  
Zahnfarbene Keramikfüllungen ja [ ] nein [ ]  
Kieferorthopädische Behandlung ja [ ] nein [ ]  
Zahnersatz-Beratung ja [ ] nein [ ]  
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung ja [ ] nein [ ]  
Laserbehandlung ja [ ] nein [ ]  
Implantate / Implantatversorgung ja [ ] nein [ ]  
Sonstiges \_\_\_\_\_

---

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

Datum 28.08.2013 Unterschrift \_\_\_\_\_