



## 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.

### Patientendaten

Name	Vorname
Straße	PLZ / Ort
Geburtsname	Geburtsort
Geburtsdatum	Krankenkasse
Telefon privat	Telefon tagsüber / mobil
Name Arbeitgeber	Adresse Arbeitgeber

Falls Sie Familienmitglied sind:

Name des Versicherten	Vorname des Versicherten
Geburtsdatum des Versicherten	

**Besitzen Sie ein Bonusheft ?**     Ja     Nein

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (Teil 1).

<b>Hausarzt / Facharzt</b>	Ja	Nein	<b>Regelmäßige Medikamente</b>	Ja	Nein
Name und Anschrift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ärztliche Behandlung</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Sind Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt worden?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, mit welcher Erkrankung ?			Wenn ja, wann und bei welchem Zahnarzt ?		

**Bitte wenden !**



Bitte beantworten Sie folgende Fragen (Teil 2).

<b>Allergien bzw. Unverträglichkeiten</b>	Ja	Nein	<b>Herz-/Kreislaufkrankungen</b>	Ja	Nein
Schmerzmittel (z. B. Paracetamol, Ibuprofen, ASS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika (z. B. Penicillin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalle:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zustand nach Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige (z.B. Jod):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Infektiöse Erkrankungen</b>	Ja	Nein	<b>Sonstige Leiden</b>	Ja	Nein
Hepatitis A / B / C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV (AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutungsneigung (z. B. bei Zahntfernung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Besteht eine Schwangerschaft ?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Erkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welcher Monat ?					

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

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

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden (z. B. professionelle Zahnreinigung, Inlayversorgung, Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich) ?

Ja  Nein

Wünschen Sie, von uns per Postkarte an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden ?

Ja  Nein

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.

Datum

Unterschrift

Wir freuen uns, Ihnen helfen zu können.

Ihr Praxisteam