

## Willkommen in unserer Praxis

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

_____	_____	Männlich	Weiblich
Nachname, Vorname (Patient)	Geburtstag	Geschlecht	
_____	_____	_____	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Beruf	
_____	_____	_____	
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail	

### IHR HAUSARZT & VERSICHERUNG / KRANKENKASSE

_____	_____	_____
Name Hausarzt	Adresse	Telefon
_____	Gesetzlich versichert	Beihilfeberechtigt
Name Versicherung/Krankenkasse	Privat versichert	Basistarif
	Zusatzversicherung	

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

_____	_____
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort

**Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:**

_____	_____
Datum	Erziehungsberechtigter



## ALLGEMEINE GESUNDHEITSPRAGEN

### Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:

ja nein

Hoher Blutdruck

ja nein

Niedriger Blutdruck

ja nein

Blutgerinnungsstörung

Schlaganfall

Diabetes

Rheumatische Krankheiten

Herzerkrankungen

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Allergien

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten:

ja nein

HIV-Infektion

ja nein

Hepatitis A B C

ja nein

Tuberkulose

Sonstige \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie Medikamente ein:

ja nein

wenn ja, welche

Herzmedikamente: \_\_\_\_\_

Cortison: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

blutverdünnende Medikamente: \_\_\_\_\_

(z.B. ASS, Marcumar, Heparin)

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Rauchen Sie?

ja nein

### Sind sie schwanger?

ja nein

wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

## MUNDGESUNDHEITSSITUATION

### Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung

Beratung

Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz

Überweisung Zahnarzt

Zweite Meinung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

ja nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?



## WICHTIGE ANGABEN ZUR BEHANDLUNG MIT LACHGAS

(falls zutreffend, bitte ankreuzen)

eingeschränkte / behinderte Nasenatmung

Emphysem

Chron. obstrukt. Lungenerkrankung

Nasennebenhöhlen Problem

Pneumothorax

Ileus

Multiple Sklerose

Mittelohrentzündung

Augen-OP mit Gasblase

Psychopharmaka

Schlafmittel

Gabe von Zytostatika / Chemotherapeutika

Name des vorherigen Zahnarztes \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit dem Einblick in die Behandlungsunterlagen meines Vorbehandlers einverstanden, sofern ich dem nicht ausdrücklich widerspreche.

Ich möchte regelmäßig an Kontrolluntersuchungen erinnert werden

per Mail

per SMS

per Post

Versendungen von Röntgenaufnahmen und Fotos

Ich erkläre mich mit dem Versand von Röntgenaufnahmen und Fotos zum Zwecke der Weiterbehandlung, Mitbehandlung oder Begutachtung an Ärzte, Zahnärzte, Kieferchirurgen oder Gutachter per Post oder E-Mail einverstanden.  nicht einverstanden.

Zuletzt angefertigte Röntgenaufnahmen: \_\_\_\_\_

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Im Falle eines Zahndefekts bin ich grundsätzlich an einer Beratung über eine höherwertige Versorgung, die für mich mit einer Zuzahlung verbunden ist

interessiert.

nicht interessiert.

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt einmal im Jahr die Kosten für das Entfernen von Zahnstein. Oft ist das nicht ausreichend und eine weitere Behandlung ist notwendig. Der Investitionsaufwand hierfür beträgt 15,-€. Bitte informieren Sie mich, wenn ein erneutes Entfernen notwendig ist.

Ja, ich möchte informiert werden.

Nein danke, kein Interesse.

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

persönliche Empfehlung

Anzeige

überweisender Arzt

Internet

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Um Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorhergehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

