

## 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

_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> X
Nachname, Vorname (Patient)	Geburtstag	Geschlecht
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Beruf
_____	_____	_____
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail

### IHR HAUSARZT & VERSICHERUNG / KRANKENKASSE

_____	_____	_____
Name Hausarzt	Adresse	Telefon
_____	<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
Name Versicherung/Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif
	<input type="checkbox"/> 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 GESUNDHEITSFragen

### Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:

ja nein

Hoher Blutdruck

Schlaganfall

Herzerkrankungen

wenn ja, welche

Latexallergie

Sonstige Allergien

ja nein

Niedriger Blutdruck

Diabetes

ja nein

Blutgerinnungsstörung

Rheumatische Krankheiten

### Infektionskrankheiten:

ja nein

HIV-Infektion

Sonstige

Sonstige Erkrankungen

ja nein

Hepatitis  A  B  C

ja nein

Tuberkolose

### 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)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> eingeschränkte / behinderte Nasenatmung |   |   |
| <input type="checkbox"/> Emphysem                                | <input type="checkbox"/> Chron. obstrukt. Lungenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen Problem |
| <input type="checkbox"/> Pneumothorax                            | <input type="checkbox"/> Ileus                                    | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose        |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung                     | <input type="checkbox"/> Augen-OP mit Gasblase                    | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka           |
| <input type="checkbox"/> Schlafmittel                            | <input type="checkbox"/> 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.

**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

