



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie kennen zu lernen, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Patient:	Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter:	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift:	Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon:	Mobil:	E-Mail:	
Krankenkasse:	Beruf:	Arbeitgeber:	
Empfohlen/Überwiesen durch:	Hausarzt:		

Grund Ihres Zahnarztbesuches

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung / Zweitmeinung |
| <input type="checkbox"/> Ich war schon länger nicht beim Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Ich bin mit dem Aussehen meiner Zähne nicht zufrieden |
| <input type="checkbox"/> Füllung verloren | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen / -Pressen |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Kiefergelenk / in den Kaumuskeln |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten / Parodontose | <input type="checkbox"/> Wunsch nach Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe / Vorbeugung | <input type="checkbox"/> Ich schnarche. Mein(e) Partner(in) leidet darunter |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> _____ |

- Ich bin sehr ängstlich
- Ich wünsche grundsätzlich eine Betäubung
- Ich möchte keine Amalgamfüllungen

Termin-Erinnerungssystem (Recall)

- Ich möchte die vereinbarten Termine per E-Mail auf meinen PC bzw. mein Handy geschickt bekommen.
- Ich möchte an die regelmäßig notwendigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden? Und zwar durch
 - E-Mail (Bitte oben die E-Mail-Adresse eintragen)
 - Brief
 - Anruf, am besten gegen ____ Uhr

Nur für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen:

- Ich besitze ein Bonusheft zum Nachweis der zahnärztlichen Untersuchungen.
- Ich habe eine Zusatzversicherung für Zahnersatz.

Hinweis für Privatpatienten

Die Berechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die Erstattung durch Krankenversicherungen bzw. Beihilfestellen richtet sich nach Ihrem Versicherungsvertrag und den Beihilfevorschriften. Für den Fall, dass die Krankenversicherung oder Beihilfestelle die Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, erklärt der Patient, die Kosten selbst zu tragen. Wir erstellen Ihnen gern einen Heil- und Kostenplan, wenn Sie sich vor der Behandlung über die Höhe der Erstattung informieren wollen. Falls Sie dies wünschen, sprechen Sie uns bitte an.

Ihr Gesundheitszustand

Allgemeinerkrankungen oder Medikamente müssen bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigt werden. Auch können Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit haben. Daher sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes zu Ihrem Gesundheitszustand an und informieren Sie uns, falls sich im Laufe der Behandlung Änderungen ergeben. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Datenschutzerklärung nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzinfarkt / Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verspannungen im Kopf- /Nackенbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperation, Herzklappen- /Gefäßersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Blutgerinnungsstörungen / Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich wurde im letzten Jahr operiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo? _____		
Gelenk- / Endoprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich nehme gerinnungshemmende Medi-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			kamente		
			<input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Andere:.....		
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich nehme Cortison ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich werde / wurde mit einer Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			oder mit Bisphosphonaten behandelt		
Ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, HIV, MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie		
Nervenerkrankungen (z.B. Depressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ein? (ggf. Medikationsplan vorlegen)		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nichtraucher <input type="checkbox"/>		
Asthma / COPD / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher <input type="checkbox"/> Zigaretten/Tag		
Allergien oder Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Für Patientinnen:		
Wogegen?			Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Voraussichtlicher Geburtstermin: _____		
Allergiepass vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich besitze einen Röntgenpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ich wünsche einen Röntgenpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere aktuelle Behandlungen:			Meine letzte Röntgenuntersuchung der		
Behandelnde Fachärzte (Name und Ort):			Zähne war etwa im Jahr _____		

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____