



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 / Parodontitis | <input type="checkbox"/> Wunsch nach Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung vor Jahren | <input type="checkbox"/> Ich schnarche. Mein(e) Partner(in) leidet darunter |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe / Vorbeugung | Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Bislang Professionelle Zahnreinigung
..... mal im Jahr | <input type="checkbox"/> Ich bin sehr ängstlich |
| <input type="checkbox"/> Letzte Röntgenaufnahme der Zähne vor
ca. Jahren | <input type="checkbox"/> Ich wünsche grundsätzlich eine Betäubung |
| | <input type="checkbox"/> Ich möchte keine Amalgamfüllungen |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

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 Beihilfavorschriften. 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.

Bei habe oder hatte folgende Erkrankungen:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzinfarkt / Angina pectoris / Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich wurde im letzten Jahr operiert wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperation, Herzklappen-/Gefäßersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich nehme gerinnungshemmende Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen / Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich nehme Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich nehme Bisphosphonate / Denosomab zur Tumornachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich nehme Bisphosphonate bei Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikationsplan vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansteckende Erkrankungen (z.B. TBC, HIV, MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich nehme folgende Medikamente ein:		
Nervenerkrankungen (z.B. Depressionen / Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Zigaretten/Tag		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nur für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / COPD / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voraussichtlicher Geburtstermin:.....		
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen:		
Allergien oder Unverträglichkeiten Wogegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....					
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gelenk-/Endoprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandelnde Ärzte:		
seit wann					
.....					
Sonstige Erkrankungen: welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde ein Pflegegrad festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Erhalten Sie Eingliederungshilfe wegen einer Behinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Datum: _____

Unterschrift: _____