

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [  ] **nein** [  ]

Freiwillig versichert **ja** [  ] **nein** [  ]

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [  ] **nein** [  ]

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [  ] **nein** [  ]

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? [  ] **schriftlich**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Allergien			
Wenn ja, welche ?	ja [ ]	nein [ ]	
<hr/>			
Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?			
Wenn ja, welche?	ja [ ]	nein [ ]	
<hr/>			
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?			
<hr/>			
Sind Sie Raucher?			
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?	ja [ ]	nein [ ]	
<hr/>			
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?			
Wenn ja, in welchem Monat?	ja [ ]	nein [ ]	
<hr/>			
Herzerkrankung	ja [ ]	nein [ ]	
Herzschrittmacher	ja [ ]	nein [ ]	
Künstliche Herzklappen	ja [ ]	nein [ ]	
angeborener Herzfehler	ja [ ]	nein [ ]	
Hoher Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]	
Niedriger Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]	
Ohnmachtsneigung	ja [ ]	nein [ ]	
Gerinnungshemmer	ja [ ]	nein [ ]	
Wenn ja, welche?	ja [ ]	nein [ ]	
<hr/>			
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [ ]	nein [ ]	
Rheuma	ja [ ]	nein [ ]	
Osteoporose	ja [ ]	nein [ ]	
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	ja [ ]	nein [ ]	
Ist bei Ihnen eine Chemo- und / oder Strahlentherapie durchgeführt worden?	ja [ ]	nein [ ]	
Diabetes			
insulinpflichtig?	ja [ ]	nein [ ]	
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]	
Magen- / Darmerkrankung	ja [ ]	nein [ ]	
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [ ]	nein [ ]	

**Patient:** ..

Wenn ja, welche ? :

---

Nierenerkrankung ja [ ] nein [ ]  
Wurde bei Ihnen eine Transplantation durchgeführt?

---

Epilepsie ja [ ] nein [ ]  
Lungenerkrankung / Asthma ja [ ] nein [ ]  
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen ja [ ] nein [ ]  
Wer ist Ihr Hausarzt?

---

**Grund Ihres Besuchs**

Kontrolluntersuchung ja [ ] nein [ ]  
Zahnschmerzen ja [ ] nein [ ]  
Zahnfleischbluten ja [ ] nein [ ]  
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen ja [ ] nein [ ]  
Kiefergelenkbeschwerden ja [ ] nein [ ]  
Knirschen ja [ ] nein [ ]  
Mundgeruch ja [ ] nein [ ]  
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? ja [ ] nein [ ]  
Sonstiges

---

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, bei welchen?

---

Tragen Sie eine Knirscherschiene? ja [ ] nein [ ]

**Sie sind uns wichtig**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja [ ] nein [ ]  
Starke Schmerzempfindlichkeit ja [ ] nein [ ]  
Starker Würgereiz ja [ ] nein [ ]  
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

---

**Beratungswunsch**

Professionelle Zahnreinigung ja [ ] nein [ ]  
Weiße Zähne (Bleaching) ja [ ] nein [ ]  
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln ja [ ] nein [ ]  
Zahnfarbene Keramikfüllungen ja [ ] nein [ ]  
Austattung verträgl. Füllungsmaterialien ja [ ] nein [ ]

**Patient:**

Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Ernährungsfragen	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Implantate / Implantatversorgung	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Sonstiges		

---

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum 08.02.2017 Unterschrift \_\_\_\_\_