



**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien und Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Spätere Änderungen teilen Sie uns bitte sofort mit. Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie bei der Beantwortung einzelner Punkte Schwierigkeiten haben, fragen Sie uns. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Patient

(Name) _____ (Vorname) _____ (Geb. datum) _____

Versicherter

(Name) _____ (Vorname) _____ (Geb. datum) _____

Anschrift

(Straße / Hausnr.) _____ (PLZ / Ort) _____

Kontakt

(Telefon privat) _____ (geschäftlich) _____ (Mobil) _____

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt

Letzter Zahnarztbesuch?

Versicherung / Krankenkasse

**Private Zusatzversicherung
Beihilfe**

Was führt Sie zu uns?

Zahnschmerzen

Beratung

Kontrolluntersuchung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Telefonbuch

Website/Internet

pers. Empfehlung von

Bitte erinnern Sie mich!

Bitte erinnern Sie mich an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung.

Ja Nein

Sind Sie an ästhetischen Veränderungen interessiert?

Zahnfarbe, Stellung, Lückenschluss etc.

Ja Nein

Bitte beachten Sie!

Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinflussen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Terminen.

Sie kommen zur Behandlung in eine Bestellpraxis. Dies bedeutet in aller Regel geringe Wartezeiten. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher um Ihre Benachrichtigung, da wir Ihnen ansonsten die ungenutzte Zeit in Rechnung stellen müssen (gemäß §§304, 615 BGB). Unsere Abrechnung erfolgt über das DZR-Rechenzentrum.

Die nachfolgenden Angaben sind notwendig, damit wir Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorbeugen können. Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden aufgeführten Erkrankungen?

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Herzkloppenerkrankung/-defekt
- Herzerkrankung
- Herzoperation
- Herzschrittmacher

- Ja Nein

INFEKTIONSERKRANKUNGEN:

- HIV
- Hepatitis
- Tuberkulose
- andere

- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN:

- Lokalanästhetika
- Schmerzmittel
- Antibiotika
- andere

- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein

WEITERE ERKRANKUNGEN:

- Blutgerinnungsstörungen
- Asthma
- Lungenerkrankung
- Schildrüsenerkrankung
- Rheuma
- Epilepsie
- Diabetes
- Nierenfunktionsstörungen
- Ohnmachtsneigung

- Ja Nein

Haben Sie eine Erkrankung, die nicht aufgeführt wurde? _____

ALLGEMEINE ANGABEN:

- Drogenkonsum
- Alkoholiker
- Raucher

- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein wie viele täglich? _____

Regelmäßige Medikamente

Ja Nein welche? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

FÜR PATIENTINNEN:

Schwangerschaft

Ja Nein welcher Monat: _____

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter