



Dr. med. dent. Yvonne Heyden
Zahnärztin

**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)
Herzklappenerkrankung/-defekt
Herzerkrankung
Herzoperation
Herzschrittmacher

Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
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
Schilddrüsenerkrankung
Rheuma
Epilepsie
Diabetes
Nierenfunktionsstörungen
Ohnmachtsneigung

Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
Ja ☐ Nein ☐
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