

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Persönlichen Daten auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:..... geb.:.....
 Anschrift:..... Tel.:.....
 Versicherter:..... geb.:.....
 Anschrift Versicherter:..... Tel.:.....
 E-Mail:.....
 Beruf / Arbeitgeber:..... Tel.:.....
 Krankenkasse:..... Freiwillig vers.?.....
 Beihilfe?.....

Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?.....

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?.....

Wurde sie abgeschlossen?	ja	nein
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	ja	nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja	nein
Sind Zähne gelockert?	ja	nein
Wünschen Sie Zahnersatz?	ja	nein
Welches Füllungsmaterial wünschen Sie?	Amalgam	alternativ

Wünschen Sie von uns Informationen über neuere und bessere zahnmedizinische Versorgungsungen, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Wünschen Sie insbesondere über unser individuelles Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

ja nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

ja nein

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer Behandlung mitzuteilen.

Ich bin davon unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können und dass sie in seltenen Ausnahmefällen zu Herz- Kreislaufproblemen führen können. Ich stimme der Rechnungsbearbeitung durch die ärztlich geleitete PVS zu und bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen bei einer Praxisübernahme weiterverwendet werden.

Ich bin damit einverstanden, Informationen per E-Mail zu erhalten.

Hinweis für beihilfeberechtigte Patienten: Wir rechnen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte ab. Diese entspricht in wenigen Ausnahmefällen nicht der Beihilfefähigkeit.

Bitte wenden!

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepaß? ja nein

Herzkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag(Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma, Angina pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein

Stoffwechsel-erkrankungen: Zuckerkrankheit(Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Erkrankung des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein

Bluterkrankungen: Blutungsneigung(Hämophilie)? ja nein
Blutarmut(Anämie)? ja nein

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht(Hepatitis A/B)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wo? _____

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____