

# Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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

Patient \_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      Geburtsdatum

Mitglied \_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      Geburtsdatum

Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße                      Haus-Nr.                      Tel. privat  
\_\_\_\_\_  
Postleitzahl                      Ort                      Mobil-Nr.

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

Krankenkasse/  
Versicherung \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Privatpatient: Basistarif?  
Standardtarif? \_\_\_\_\_

Wer hat Sie zu uns überwiesen/ uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie von uns an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden?

ja                       nein                       **Post**                       **E-Mail**                       **Telefon**

Wünschen Sie von uns bei längeren Terminen (ab 1 Stunde) vorher telefonisch erinnert zu werden?

ja                       nein

**Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ansonsten behalten wir uns vor, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.**

**Für Kassenpatienten:** Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte beim ersten Besuch im Quartal in der Praxis. Liegt diese uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja                       nein

Seefeld, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

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

**Hausarzt/Facharzt:** \_\_\_\_\_

**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

**Herzerkrankungen:** Herzerkrankung  ja  nein

**Kreislaufkrankungen:** Zu hoher Blutdruck?  ja  nein  
Zu niedriger Blutdruck?  ja  nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel?  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

**Nervensystem:** epileptische Anfälle?  ja  nein

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

**Infektionserkrankungen:** Leberentzündung/Gelbsucht (HepatitisA/B\_\_\_)?  ja  nein  
Tuberkulose?  ja  nein  
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:** Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein  
Sind Sie Raucher?  ja  nein  
wenn ja,  0-10,  über 10 Zigaretten/Tag  
Haben Sie Osteoporose?  ja  nein  
Nehmen sie Bisphosphonate?  ja  nein  
Haben Sie Asthma?  ja  nein  
Besteht eine Krebserkrankung?  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Röntgen:** Wann fand die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt? \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:** Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit.  
Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.**

Seefeld, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_