

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie i.d.R. nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.

Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch? (Mehrfachnennung möglich)

- Untersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbeschwerden
- Kiefergelenkbeschwerden
- Beratung
- Probleme mit dem Zahnersatz
- Sonstiges

Patient/in Herr Frau Kind / Schüler Student Auszubildende/r Rentner/in

Name	Vorname	Geb.
Straße/Hausnr.	Ort	PLZ
Tel. Festnetz	Tel. Mobil	Email

Mitglied / Zahlungspflichtige/r (Bei Kindern Erziehungsberechtigte/r) Herr Frau Wie Patient/in

Name	Vorname	Geb.
Straße/Hausnr.	Ort	PLZ
Tel. Festnetz	Tel. Mobil	Email

Versicherungsstatus

- Ich bin pflichtversichert
- Ich bin privat versichert
- Ich bin freiwillig versichert
- Ich bin nicht versichert
- Ich habe eine private Zahnzusatzversicherung
- Ich bin beihilfeberechtigt
- Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) gem. §257 Abs.2a SGB V
- Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

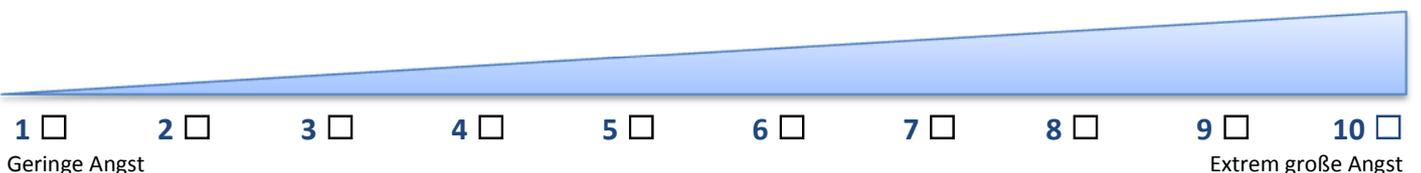
Name der Krankenkasse/Versicherung	
Beruf des Mitgliedes	Arbeitgeber

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Mein letzter Zahnarztbesuch liegt ungefähr ____ Jahre zurück

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Nein Ja Wenn ja, bitte unten auf der Angstskala genau eintragen



Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen. Diese dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Teilen Sie uns bitte mit auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit! *Danke*

		Ja	Nein
Herz- und Kreislaufkrankungen	Herzinfarkt <i>Wenn ja, bitte Jahr angeben: _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bluthochdruck <i>Wenn ja, bitte Werte eingeben: _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe oder Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) oder Kammerflimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnung und Bluterkrankungen	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (Blutverdünner) <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Iscover <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose <i>Wenn ja, nehmen Sie oder haben Sie dafür Medikamente wie z.B. Fosamax, Actonel oder jährliche Infusionen (z.B. mit Zometa) genommen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis (Gelbsucht) Typ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems	HIV Infektion (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlaganfall <i>Wenn ja, bitte Jahr angeben: _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	Erkrankungen der Psyche, z.B. Depressionen, Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unverträglichkeit von Medikamenten oder Stoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	Allergien <i>Wenn ja, bitte spezifizieren _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? <i>Wenn ja, bitte unten Präparat(e) eingeben _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen	Nehmen Sie oder haben Sie Drogen genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für unsere Patientinnen	Besteht eine Schwangerschaft? <i>Wenn ja, wievielte Woche? _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben oder Krankheiten die aus Ihrer Sicht wichtig sind

Ihr Hausarzt: Name

Ihr Hausarzt: Ort und Tel-Nr.

	Ja	Nein
Möchten Sie eine Beratung für Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie die Entfernung der alten Amalgamfüllungen mit Schutzmaßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie eine Zahnbehandlung in Narkose oder Sedierung (Dämmerschlaf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie eine kosmetische Zahnbehandlung, z.B. Veneers, Bleaching o.ä.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie an die halbjährliche Untersuchungen bzw. Prophylaxe erinnert werden (Recall System)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe andere Wünsche, nämlich: _____		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r