

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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

Patient	_____		
	Name	Vorname	geb.
Versicherter	_____		
	Name	Vorname	geb.
Anschrift	_____		
	Straße	Nr.	Tel. privat / geschäftlich

	Postleitzahl	Ort	E-Mail-Adresse
Krankenkasse	_____		
Private Versicherung	_____	beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf	_____	Arbeitgeber	_____
Hausarzt	_____		

Ich komme auf Empfehlung von _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Haben Sie für Ihre Zahnbehandlung besondere Wünsche? _____ Ja Nein

Möchten Sie unseren kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für Ihre nächste Kontrolluntersuchung nutzen? Ja, per Post
 Ja, per E-Mail

Nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung?

Ja, über Karies- und Parodontosevorsorge

Ja, über professionelle Zahnreinigung

Ja, über ästhetischen Zahnersatz

Ja, über Implantate

Ja, über Schnarchtherapie

Ja, zu sonstigem _____

Fragen über bestehende Erkrankungen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja Nein

Allergien

- Penicillin
- Latex
- Andere Stoffe, welche? _____
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Asthma

Herzerkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris), Herzinfarkt
- Herzschrittmacher, Herzklappenfehler oder -ersatz, Endokarditis
- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck

Bluterkrankungen

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)
- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Marcumar)?

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankung
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nierenerkrankungen

Infektionskrankheiten

- Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)
- Tuberkulose
- HIV-Infektion

Nervensystem, Augen

- Anfallsleiden
- Grüner Star

Abhängigkeiten

- Drogen, Alkohol, Medikamente

Andere Erkrankungen

- welche? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal **geröntgt**? _____ an den Zähnen? _____

Welche Medikamente nehmen Sie **regelmäßig ein**? _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

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

Datum _____

Unterschrift _____