

Sehr geehrte, liebe Patientin, sehr geehrter, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um die Beantwortung der folgenden Fragen.
Sie unterliegen auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung
Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben oder dienen dazu, Doppeluntersuchungen zu vermeiden
(wie z.B. Röntgen etc.).

Persönliche Daten

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
(für die Röntgenverordnung anzugeben)

Telefon / Handy _____

E-Mail-Adresse _____

Krankenkasse _____

Wenn Sie als Familienmitglied versichert sind, wer ist Hauptversicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Letzte zahnärztliche Untersuchung (ungefähres Datum):

Letzte zahnärztliche Behandlung durch:

Stehen Sie zur Zeit in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

Falls ja, wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Sind Sie zusatzversichert? Ja Nein

Sind Sie privatversichert? Ja Nein Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte wenden

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Ja | Nein

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der / des:

Herzens?

- Herzschwäche Ja Nein
- Herzkranzgefäßverengung Ja Nein
- Herzinfarkt Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein
- Endokarditis Ja Nein
- Sonstiges: _____

Stoffwechsels?

- Diabetes Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Sonstiges: _____

Nervensystems?

- Epileptische Anfälle Ja Nein
- Krämpfe Ja Nein
- Sonstiges: _____

Kreislaufs?

- Hoher Blutdruck Ja Nein
- Niedriger Blutdruck Ja Nein
- Ohnmachtsanfälle Ja Nein
- Nieren Ja Nein
- Leber Ja Nein
- Magen-Darm-Trakt Ja Nein

Blutes?

- Blutungsneigung Ja Nein
- Gerinnungsstörungen Ja Nein
- Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein
- Sonstiges: _____

Haben Sie Infektionen?

- Hepatitis A B C
- Tuberkulose Ja Nein
- HIV (Sollten Sie HIV positiv sein oder an Aids erkrankt sein, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an den Zahnarzt)

Ja | Nein

Haben Sie

- Arthritis Ja Nein
- Asthma Ja Nein
- Organtransplantate Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- Endoprothesen (künstliche Gelenke) Ja Nein
- Wenn ja, seit wann? _____
- Sonstiges: _____

Haben Sie Allergien?

- Penicillin Ja Nein
- Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Wenn ja, welche? _____

Schnarchen Sie?

Rauchen Sie?

- Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Wurde bei Ihnen in den letzten Monaten eine Röntgenuntersuchung oder Röntgenbestrahlung durchgeführt?

Für unsere weiblichen Patienten

- Sind Sie schwanger? Ja Nein
- Wenn ja, in welcher Woche? _____
- Wegen der Strahlenschutzvorschriften bitten wir um Mitteilung, sobald eine Schwangerschaft eintritt.

Fragen und Anmerkungen: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben mitzuteilen.

Ort / Datum

Unterschrift