

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

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

### Persönliche Daten / Patient

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
(für die Röntgenverordnung anzugeben)

Telefon / Handy \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Sind Sie Zusatzversichert? Ja  Nein

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

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 \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

\_\_\_\_\_

### 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?**

- Unregelmäßigen Herzschlag  Ja  Nein
- Herzschwäche  Ja  Nein
- Herzkranzgefäßverengung  Ja  Nein
- Herzinfarkt  Ja  Nein
- Herzschrittmacher  Ja  Nein
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsels?**

- Diabetes (Zuckerkrankheit)  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

**Verdauungstrakts?**

- Magen-Darm-Erkrankungen  Ja  Nein

**Blutes?**

- Blutungsneigung  Ja  Nein
- Gerinnungsstörungen  Ja  Nein
- Nehmen Sie Blutverdünner?  Ja  Nein
- Leukämie  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)

**Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der**

- Nieren  Ja  Nein
- Leber  Ja  Nein
- Kieferhöhle  Ja  Nein

Ja | Nein

**Haben Sie**

- Arthritis  Ja  Nein
- Asthma  Ja  Nein
- Endoprothesen  Ja  Nein
- Organtransplantate  Ja  Nein
- Osteoporose  Ja  Nein
- Nehmen Sie Bisphosphonate?  Ja  Nein
- Kopfschmerzen  Ja  Nein
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**

- Penicillin  Ja  Nein
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Finden Sie sich in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?**

Ja  Nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Schnarchen Sie?**

Ja  Nein

**Rauchen Sie?**

Ja  Nein

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

Ja  Nein

**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, Änderung meiner Angaben mitzuteilen.

Ort / Datum

Unterschrift