



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Für die Behandlung sind vor allem medizinische Informationen wichtig. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

| | | | |
|--------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| Vorname | <input type="text"/> | Name | <input type="text"/> |
| Straße, Nr. | <input type="text"/> | PLZ, Ort | <input type="text"/> |
| geboren am | <input type="text"/> | in | <input type="text"/> |
| Tel. privat | <input type="text"/> | Beruf | <input type="text"/> |
| E-Mail | <input type="text"/> | Tel. mobil | <input type="text"/> |
| Krankenkasse | <input type="text"/> | Tel. Arbeit | <input type="text"/> |
| Straße Arbeitgeber | <input type="text"/> | Arbeitgeber | <input type="text"/> |
| | | PLZ, Ort | <input type="text"/> |

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

| | | | |
|------------------------------|--|---|---|
| Vorname | <input type="text"/> | Name | <input type="text"/> |
| Wie sind Sie versichert? | <input type="checkbox"/> gesetzlich | <input type="checkbox"/> pflichtversichert | <input type="checkbox"/> freiwillig |
| | <input type="checkbox"/> privat bei <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> mit Zahnzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Standard-Tarif |
| | | <input type="checkbox"/> Basis-Tarif | <input type="checkbox"/> als Student |
| Sind Sie beihilfeberechtigt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Schicken Sie die Rechnung bitte an Patienten Versicherten

| | | | |
|--------------|----------------------|------------|----------------------|
| Versicherter | <input type="text"/> | geboren am | <input type="text"/> |
| Straße, Nr. | <input type="text"/> | PLZ, Ort | <input type="text"/> |

ERKLÄRUNG

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per Post E-Mail Telefon (Mehrfachnennung möglich)

Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich mindestens 24 Stunden vorher ab, um Kosten zu vermeiden. Sollte dies nicht geschehen, bin ich damit einverstanden, dass entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Bayreuth, den _____ Unterschrift _____

PATIENT

Vorname

Name

GRUND IHRES BESUCHS

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Überweisung durch Arzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopf- und Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenksbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundgeruch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starke Schmerzempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starker Würgereiz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

BERATUNGSWUNSCH

| | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parodontitis-Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurzelkanal-Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnästhetik/Schöne Zähne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung von Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahngesunde Ernährung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angstpatient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oralchirurgie/Zahn-OP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantate/Implantatversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung unter Narkose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GESUNDHEITSFragen

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Künstliche Herzklappen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-/Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine sonstige Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie eine Allergie?

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Marcumar (Gerinnungshemmer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ASS (Gerinnungshemmer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cortison (Entzündungshemmer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bisphosphonat (bei Tumor/Osteoporose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?

Wenn ja, auf welche?

Sind Sie Raucher?

Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? _____