



## 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	Name	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
geboren am	in	Beruf
Tel. privat	Tel. mobil	
E-Mail	Tel. Arbeit	
Krankenkasse	Arbeitgeber	
Straße Arbeitgeber	PLZ, Ort	

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

Vorname	Name				
Wie sind Sie versichert?	gesetzlich	pflichtversichert	freiwillig	mit Zahnzusatzversicherung	
privat bei			Standard-Tarif	Basis-Tarif	als Student
Sind Sie beihilfeberechtigt?	ja	nein			

### VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Schicken Sie die Rechnung bitte an	Patienten	Versicherten
Versicherter	geboren am	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	

Für mich wurde nach §§ 1896 ff BGB oder §§ 1814 ff BGB eine Betreuung bestellt  
nein ja Kontakt des Betreuers

### ERKLÄRUNG

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per  
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.  
Mit der elektronischer Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.

Bayreuth, den Unterschrift

## PATIENT

Vorname

Name

## GRUND IHRES BESUCHS

Überweisung durch Arzt.....  
Zahnschmerzen.....  
Kontrolluntersuchung.....  
Zahnfleischbluten.....  
Kopf- und Nackenschmerzen.....  
Kiefergelenkbeschwerden.....  
Knirschen.....  
Mundgeruch.....  
Sonstiges

---

## SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen.....  
Starke Schmerzempfindlichkeit.....  
Starker Würgereiz.....  
Sonstiges

---

Was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst?

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

---

## BERATUNGSWUNSCH

Zahnersatz.....  
Parodontitis-Behandlung.....  
Wurzelkanal-Behandlung.....  
Zahnästhetik/Schöne Zähne.....  
Behandlung von Kindern.....  
Zahngesunde Ernährung.....  
Angstpatient.....  
Oralchirurgie/Zahn-OP.....  
Implantate/Implantatversorgung.....  
Behandlung unter Narkose.....  
Sonstiges

---

## GESUNDHEITSFragen

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

---

Haben Sie eine Allergie?.....  
Wenn ja, welche?

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?  
Marcumar (Gerinnungshemmer).....  
ASS (Gerinnungshemmer).....  
Cortison (Entzündungshemmer).....  
Bisphosphonat (bei Tumor/Osteoporose).....  
Psychopharmaka.....  
Sonstige

---

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?  
Wenn ja, auf welche?

---

Sind Sie Raucher?.....  
Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie Drogen?.....  
(Betäubungsmittel im Sinne des BtMG)  
Wenn ja, welche?

---

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?  
Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_