

Guten Tag,
herzlich Willkommen in unserer Praxis.

PATIENTENDATEN

Name: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Name der Krankenkasse: _____

Gesetzlich versichert? ja nein

Privat versichert? ja nein

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja nein

GRUND IHRES BESUCHES

Kontrolluntersuchung ja nein

Zahnschmerzen ja nein

Zahnfleischbluten ja nein

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen ja nein

Kiefergelenksbeschwerden ja nein

Knirschen ja nein

Mundgeruch ja nein

Wünschen Sie nur eine
Schmerzbehandlung? ja nein

Sonstige _____

VERSICHERTENDATEN

(sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an PatientIn oder versicherte Person?

Versicherte Person: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

HAUSARZT/-ÄRZTIN

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

WEITERE DATEN

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um
erneute Erkrankungen zu vermeiden? ja nein

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin
erinnert werden? schriftlich per E-Mail

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders
berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja nein

Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein

Starker Würgereiz ja nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am
meisten vermisst?

GESUNDHEITSFRAGEN

Wir bitten Sie, uns nachfolgend Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und alle von Ihnen regelmäßig oder zurzeit eingenommenen Medikamente zu geben. Sie erleichtern uns damit eine richtige Diagnosestellung und den für Sie richtigen Behandlungsvorschlag.

Bitte kreuzen Sie aktuelle und / oder überstandene Krankheiten bzw. Besonderheiten an.

HERZ Ja Nein

- Herzinfarkt Wann: _____
- Angina Pectoris, Herzschmerzen
- Herzfehler
- Herzinsuffizienz, Herzschwäche
- Atemnot bei Anstrengung
- Herzmuskelerkrankung
- Herzrhythmusstörungen
- Herzklappenentzündung / -fehler
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher / impl. Defibrillator
- Endokarditisprophylaxe
- _____
-

KREISLAUF Ja Nein

- hoher Blutdruck Wert: _____ mmHg
- niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsanfälle / Kollaps
-

GEFÄßE Ja Nein

- Schlaganfall Wann: _____
- Krampfadern, Thrombose
- Embolie
- Durchblutungsstörung
- _____
-

ALLERGIEN Ja Nein

gegen:

- Medikamente / Antibiotika
- Latex
- Metalle
- Pollen
- _____
- Allergiepass vorhanden
- Unverträglichkeiten
-

LUNGEN UND ATEMWEGE Ja Nein

Lungenentzündung

Asthma

Reizhusten

Tuberkulose

Chronische Bronchitis, COPD

Schlafapnoe

NIERE Ja Nein

Nierenentzündung

Niereninsuffizienz

Dialyse: an welchen Tagen

Mo Di Mi Do Fr

LEBER Ja Nein

Gelbsucht / Hepatitis

A B C _____

Fettleber / Leberzirrhose

Leberfunktionsstörung

STOFFWECHSEL Ja Nein

Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus

- Insulinpflichtig

- Medikamente oral

- Diät

Schilddrüsen-Überfunktion

Schilddrüsen-Unterfunktion

BLUT Ja Nein

Gerinnungsstörung

Blaue Flecken, Nasenbluten

Nachblutungen nach Operationen

Blutverdünnende Medikamente

Blutkrebs, z.B. Leukämie

Blutarmut, Anämie

MAGEN / DARM Ja Nein

- Magengeschwür
 - Sodbrennen, Refluxkrankheit
 - Verdauungsstörung
 - Morbus Crohn, Colitis ulcerosa
 - Essstörung
 - _____
-

NERVEN UND GEMÜT Ja Nein

- Krampfanfälle (z.B. Epilepsie)
 - Lähmungen
 - Geistige Behinderung
 - Morbus Parkinson
 - Depression
 - Demenz
 - Angstzustände
 - Stress
 - _____
-

SKELETTSYSTEM Ja Nein

- Gelenkerkrankung
 - Rheumatische Erkrankung
 - Künstliches Gelenk
 - Muskelerkrankungen
 - Körperliche Behinderung
 - Osteoporose
 - _____
-

INFEKTIONEN Ja Nein

- HIV-Infektion
 - Hepatitis
 - Tuberkulose
 - _____
-

AUGEN Ja Nein

- Sehbehinderung
 - Glaukom / grüner Star
 - _____
-

ANDERE ERKRANKUNGEN, BESONDERHEITEN

Ja Nein

- Tumor- / Krebserkrankungen
 - Transplantationen
 - Angioödem
 - _____
-

DROGEN

RAUCHEN

Ja Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

ALKOHOL

Ja Nein

- gelegentlich
- regelmäßig größere Mengen

SONSTIGE

Ja Nein

Welche? _____

REGELMÄßIG EINGENOMMENE MEDIKAMENTE

Ja Nein

(bitte ALLE Medikamente angeben oder eine Liste von Ihrem Hausarzt / Ihrer Hausärztin vorlegen)

- Blutdruckmittel
- Herzmedikamente
- Blutgerinnungshemmende Medikamente:
 - Aspirin®, ASS®
 - Plavix®, Brilique®
 - Marcumar®, Warfarin®, Falithrom®
 - Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®
 - _____

- Schmerzmittel
- „Anti-Baby-Pille“
- Psychopharmaka
- Bisphosphonate
- Lungenmedikamente

Welche Medikamente:

SCHWANGERSCHAFT

Ja Nein

HABEN SIE EINEN BERATUNGSWUNSCH ZU EINEM THEMA?

Professionelle Zahnreinigung

ja nein

Weißer Zähne (Bleaching)

ja nein

Medizinische Möglichkeiten der Zahnästhetik

ja nein

Schmerzarme Behandlung mit Lasertechnologie

ja nein

Zahnfarbene Keramikfüllungen

ja nein

Zahnfehlstellung korrigieren

ja nein

Ernährungsfragen

ja nein

Implantate / Implantatversorgung

ja nein

Speicheltest

ja nein

Parodontitisbehandlung

ja nein

Kiefergelenksbehandlung (Knirscherschiene)

ja nein

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns nicht vor, betrachten wir Sie als PrivatpatientIn und Sie erhalten eine Rechnung. Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24h vorher abgesagt werden, da ansonsten die dadurch entstandenen Kosten privat in Rechnung gestellt werden.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt.

Informieren Sie uns bitte in Zukunft, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert!
Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Datum _____ Ort _____

Unterschrift PatientIn _____

FÜR FOLGETERMINNE

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Unterschrift _____ Datum _____ keine Änderungen Änderungen

Unterschrift _____ Datum _____ keine Änderungen Änderungen

Unterschrift _____ Datum _____ keine Änderungen Änderungen

Unterschrift _____ Datum _____ keine Änderungen Änderungen

Unterschrift _____ Datum _____ keine Änderungen Änderungen