

Lieber Patient, liebe Patientin,
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 Patient*in 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 vorlegen)

- ☐ Blutdruckmittel
- ☐ Herzmedikamente
 - Blutgerinnungshemmende Medikamente:
 - ☐ Aspirin®, ASS®
 - ☐ Plavix®, Brilique®
 - ☐ Marcumar®, Warfarin®, Faliithrom®
 - ☐ 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 (Knirscherschienen)

ja ☐ nein ☐

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient*in 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.

Unterschrift _____ Datum _____ Ort _____