

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS FÜR ZAHN-UND MUNDGESUNDHEIT

Wir wollen, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und um auf Ihre Wünsche individuell eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten _____

geb. am _____

Anschrift _____

Name des Mitglieds _____

Name der Krankenkasse _____

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? _____

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:
Standardtarif? _____

Telefon _____

Mobil _____

Telefon Büro _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber _____

Anschrift des Arbeitgebers _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich bis spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Seite 1

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Name des Hausarztes _____

Herzerkrankung _____

Herzschrittmacher/künstliche Herzklappen _____

Hoher Blutdruck _____

Niedriger Blutdruck _____

Ohnmachtsneigung _____

Marcumar/Gerinnungshemmer _____

Blutungsneigung _____

Rheuma _____

Diabetes _____

Schilddrüsenerkrankung _____

Lebererkrankung (Hepatitis) _____

Magen-/Darmerkrankung _____

Nierenerkrankung _____

Lungenerkrankung/Asthma _____

Epilepsie _____

HIV _____

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? _____

Allergien _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Sind Sie Raucher? _____

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung _____

Zahnschmerzen _____

Zahnfleischbluten _____

Migräne/Kopf-/Nackenschmerzen _____

Kiefergelenkbeschwerden _____

Knirschen _____

Mundgeruch _____

Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? _____

Sonstiges _____

Seite2

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? _____

Starke Schmerzempfindlichkeit? _____

Starker Würgereiz? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir empfohlen?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung _____

Bleaching (weiße Zähne) _____

Zahnästhetik/Kosmetik/Ihr Lächeln _____

Zahnfarbene Keramikfüllungen/Composite-Flg. _____

Implantate/Implantatversorgung _____

Sonstiges _____

**Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Sie nach einer Lokalanästhesie (Spritze)
24 Stunden nicht selbst Auto fahren oder schnell laufende Maschinen bedienen sollten.**

Datum _____

Unterschrift _____