

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort nicht oder noch nicht im klaren sind, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

mitver-
sichert bei: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Adresse: _____
Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon: _____
privat Handy geschäftlich

email-Adresse

Falls Sie mitversichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?** Falls nein:

Adresse: _____
Strasse, Hausnummer PLZ, Ort

Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung:

Name Ihrer Krankenkasse: _____

Sind Sie freiwillig versichert? _____ ja _____ nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? _____ ja _____ nein

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Name Ihrer Privatversicherung: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? _____ ja _____ nein

Allgemeine Fragen:

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Adresse: _____
Strasse, Hausnummer PLZ, Ort

Zu Ihrer Information und unserer juristischen Absicherung ein paar Erklärungen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme und /oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.

- o Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein.
- o Änderungen meiner Daten, insbesondere meines Gesundheitszustandes werden von mir unverzüglich weitergegeben.
- o Bitte rufen Sie uns frühzeitig an, falls Sie zum vereinbarten Termin nicht kommen können - spätestens am Tag zuvor. Dann wissen wir, "wie wir dran sind", können umdisponieren und Wartezeiten vermeiden.

Datum Unterschrift

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? _____ ja _____ nein

Wenn ja, weshalb? _____

Wer ist ihr Hausarzt (Name, Ort, Telefon)? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____ ja _____ nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Beruhigungs- oder Aufputschmittel? _____ ja _____ nein

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder Materialien? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? _____ ja _____ nein

Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen? _____ ja _____ nein

Leiden Sie an einer Herzerkrankung/Herzschwäche? _____ ja _____ nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? _____ ja _____ nein

Haben Sie Kreislaufprobleme (zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)? _____ ja _____ nein

Haben oder hatten Sie erhöhte Blutungsneigung bei Operationen? _____ ja _____ nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? _____ ja _____ nein

Leiden Sie an einer dieser Stoffwechselkrankheiten?
___ Diabetes ___ Schilddrüsenerkrankung ___ Magen-Darmerkrankung ___ Rheuma

Haben oder hatten Sie eine Gelbsucht/Leberentzündung/Hepatitis? _____ ja _____ nein

Haben Sie Aids oder Tuberkulose? _____ ja _____ nein

Haben Sie grünen Star? _____ ja _____ nein

Leiden Sie unter Migräne? _____ ja _____ nein

Rauchen Sie? Falls ja, wieviele Zigaretten ca. pro Tag? _____ ja _____ Stück

bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? _____ ja _____ nein

bei Männern:

Haben Sie eine Prostataerkrankung? _____ ja _____ nein

Was ist der Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches?

Haben Sie Zahnschmerzen? _____ ja _____ nein

Blutet ihr Zahnfleisch? _____ ja _____ nein

Zieht sich ihr Zahnfleisch zurück? _____ ja _____ nein

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? _____ ja _____ nein

Sind Sie in letzter Zeit im Mund geröntgt worden? Falls ja, wann? _____

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? _____ ja _____ nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? _____ ja _____ nein

Halten Sie eigene Zähne ein ganzes Leben lang für erstrebenswert? _____ ja _____ nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift