



Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte Seite 1 – 2 vollständig ausfüllen. Vielen Dank.

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse / Zusatzversicherung bei Kasse/Basistarif bei Privat Ja Nein

Versicherte Person bei Familienmitgliedschaft bzw.Rechnungsempfänger bei Minderjährigen:

Nachname, Vorname (Vers.Person Geburtsdatum
bzw.Rechng.Empfänger)

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Endokarditisprophylaxe?
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Antibiotika Ja Nein Wenn ja,
Medikamentenname?
andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein Wenn ja, welche?
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Operationen z.B. Gelenkprothese, Hüfte Ja Nein Wenn ja, welche?
Diabetes Ja Nein
Augenerkrankung Ja Nein Wenn ja, welche?
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Andere:

Allgemeine Angaben:

Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über
10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, welche? / Name
u. Dosierung
Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welche Woche?
Recall (Erinnerungsservice) für Prophylaxe Ja Nein Email Brief
 Telefon SMS
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden laut § 615 (Vergütung bei Annahmeverzug und bei Betriebsrisiko).
- Ich bin einverstanden, dass Materialien die Fluorid enthalten bei mir verwendet werden dürfen. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, streichen Sie bitte diesen Satz.

Datum

Unterschriften Patient /Erziehungsberechtigter