



Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:..... geb.:.....  
Anschrift:..... Tel.:.....  
Versicherter:..... geb.:..... Geb.-Ort:.....  
Anschrift Versicherter:..... Tel.:.....  
E-Mail:.....  
Beruf / Arbeitgeber:..... Tel.:.....  
Krankenkasse:..... Freiwillig vers.?.....  
Beihilfe?.....

Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?.....

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?.....  
Wurde sie abgeschlossen? ja/nein  
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? ja/nein  
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja/nein  
Sind Zähne gelockert? ja/nein  
Wünschen Sie Zahnersatz? ja/nein  
Welches Füllungsmaterial wünschen Sie? Amalgam/alternativ

Wünschen Sie von uns Informationen über neuere und bessere zahnmedizinische Versorgungen, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja/nein

Wünschen Sie insbesondere über unser individuelles Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

ja/nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

ja/nein

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer Behandlung mitzuteilen.

Ich bin davon unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können und dass sie in seltenen Ausnahmefällen zu Herz- Kreislaufproblemen führen können. Ich stimme der Rechnungsbearbeitung durch die ärztlich geleitete PVS zu und bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen bei einer Praxisübernahme weiterverwendet werden.

Ich bin damit einverstanden, Informationen per E-Mail zu erhalten.

Hinweis für beihilfeberechtigte Patienten: Wir rechnen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte ab.

Diese entspricht in wenigen Ausnahmefällen nicht der Beihilfefähigkeit.

**Bitte wenden!**

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	ja	nein
	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	_____	
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse und Telefonnummer:	_____	
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	_____	
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?	_____	
	Besitzen Sie einen Allergiepaß?	ja	nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)?	ja	nein
	Unregelmäßiger Herzschlag(Arrhythmien)?	ja	nein
	Herzasthma, Angina pectoris?	ja	nein
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	ja	nein
Kreislaufkrankungen:	Zu hoher Blutdruck?	ja	nein
	Zu niedriger Blutdruck?	ja	nein
	Zustand nach Herzinfarkt?	ja	nein
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	ja	nein
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle?	ja	nein
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	ja	nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit(Diabetes)?	ja	nein
	Magen-Darmerkrankungen?	ja	nein
	Schilddrüsenerkrankungen?	ja	nein
Erkrankung des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle?	ja	nein
	Krämpfe?	ja	nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung(Hämophilie)?	ja	nein
	Blutarmut(Anämie)?	ja	nein
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht(Hepatitis A/B)?	ja	nein
	Tuberkulose?	ja	nein
	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	ja	nein
	Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?		ja ein
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	_____	
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	ja	nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	ja	nein
	Wenn ja , wo?	_____	
	Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.		
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat?	_____	

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_