

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.

### Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch?

Untersuchung  Beratung  Zahnschmerzen  Zahnfleischbeschwerden  Probleme mit dem Zahnersatz

**Patient/in**  Herr  Frau  Kind /  Schüler  Student  Auszubildende/r

Name		Vorname	geb.
Straße / Hausnr.		PLZ	Stadt
Tel. Festnetz	Tel. Mobil		Email

**Mitglied / Zahlungspflichtige/r** (Bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)  Herr  Frau

Name		Vorname	geb.
Straße / Hausnr.		PLZ	Stadt
Tel. Festnetz	Tel. Mobil		Email

### Versicherungsstatus

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert     | <input type="checkbox"/> Ich habe eine private Zahnzusatzversicherung                 |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert     | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt                                   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) gem. §257 Abs.2a SGB V. |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert      | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)       |

Name der Krankenkasse / Versicherung	
Beruf des Mitgliedes	Arbeitgeber

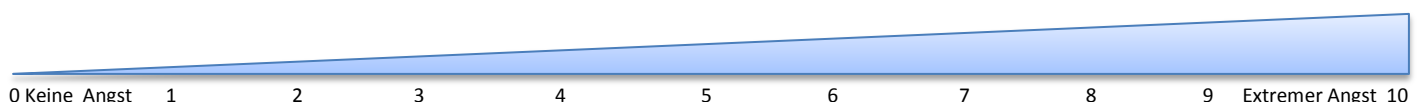
Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient müssen Sie uns unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

### Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung vom

- |  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Google              | <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten        | <input type="checkbox"/> Praxisschild    | <input type="checkbox"/> Anzeige      |
| <input type="checkbox"/> Andere Suchmaschine | <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten Online | <input type="checkbox"/> Internet Portal | <input type="checkbox"/> Krankenkasse |

**Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?**  Nein  Ja Wenn ja, bitte unten auf der Angstskala genau eintragen



Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen. Diese dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Teilen Sie uns bitte mit auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit! *Danke*

		Ja	Nein
<b>Herz- und Kreislaufkrankungen</b>	Herzinfarkt <i>Wenn ja, bitte Jahr angeben: .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bluthochdruck <i>Wenn ja, bitte Werte eingeben: .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe oder Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) oder Kammerflimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blutgerinnung und Bluterkrankungen</b>	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente ( <b>Blutverdünner</b> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Iscover <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Sonstige		
	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose <i>Wenn ja, nehmen Sie oder haben Sie dafür Medikamente wie z.B. Fosamax, Actonel oder jährliche Infusionen (z.B. mit Zometa) genommen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten</b>	Hepatitis (Gelbsucht) Typ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV Infektion (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>	Schlaganfall <i>Wenn ja, bitte Jahr angeben .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkrankungen der Psyche, z.B. Depressionen, Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien</b>	Unverträglichkeit von Medikamenten oder Stoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergien <i>Wenn ja, bitte spezifizieren .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Medikamente</b>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für unsere Patientinnen</b>	Besteht eine Schwangerschaft? <i>Wenn ja, wievielte Woche? .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben /Krankheiten die aus Ihrer Sicht wichtig sind

Ihr Hausarzt: Name

Stadt

Telefon

	Ja	Nein
Möchten Sie eine Beratung für Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie die Entfernung der alten Amalgamfüllungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie eine Zahnbehandlung in Narkose oder Sedierung (Dämmerschlaf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie eine kosmetische Zahnbehandlung, z.B. Veneers, Bleaching o.ä.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie an die halbjährliche Untersuchungen bzw. Prophylaxe erinnert werden (Recall System)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

*Vielen Dank für Ihre Angaben!*