



Patient Frau / Herr Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied / Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift Straße / Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____ Telefon mobil _____

Telefon Arbeitsplatz _____ e-mail-Adresse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse / Privatkrankenkasse _____

Versicherungsart gesetzlich freiwillig zusätzlich
 privat privat Standardtarif beihilfeberechtigt

Allgemeine Situation

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher bzw. zahnärztlicher Behandlung?	ja	nein	unbekannt
---	----	------	-----------

– Wenn ja, welche Erkrankung wird behandelt?

Wer ist Ihr Hausarzt? Welche Fachärzte besuchen Sie zur Zeit?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	ja	nein	unbekannt
--	----	------	-----------

– Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter einer Medikamentenallergie?	ja	nein	unbekannt
--	----	------	-----------

– Wenn ja, gegen welche Medikamente sind Sie allergisch?

Leiden Sie unter anderen Allergien?	ja	nein	unbekannt
-------------------------------------	----	------	-----------

– Wenn ja, unter welchen?

Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja	nein	unbekannt
----------------------------------	----	------	-----------

Sind Sie Asthmatiker?	ja	nein	unbekannt
-----------------------	----	------	-----------

Leiden Sie unter einer Herzerkrankung?	ja	nein	unbekannt
--	----	------	-----------

– Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Kreislauferkrankungen?	ja	nein	unbekannt
---	----	------	-----------

– Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter einer Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)?	ja	nein	unbekannt
--	----	------	-----------

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (Macumar / ASS etc.) ein?	ja	nein	unbekannt
---	----	------	-----------

Leiden Sie unter Diabetes oder anderen Stoffwechselerkrankungen?	ja	nein	unbekannt
--	----	------	-----------

– Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?	ja	nein	unbekannt	
--	----	------	-----------	--

Überfunktion Unterfunktion

Leiden Sie unter Erkrankungen des Nervensystems (Epilepsi / Krämpfe)?	ja	nein	unbekannt	
---	----	------	-----------	--

– Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten (Hepatitis A/B/C, Tuberkulose, HIV/Aids)?	ja	nein	unbekannt	
--	----	------	-----------	--

– Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter einer Augenerkrankung (Engwinkelglaukom)?	ja	nein	unbekannt	
--	----	------	-----------	--

Leiden Sie unter anderen Erkrankungen?	ja	nein	unbekannt	
--	----	------	-----------	--

– Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?	ja	nein	tägl.	St.
--------------	----	------	-------	-----

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung eingeschränkt sein kann. Außerdem bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mitzuteilen.

Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?
--

Haben Sie Schmerzen an den Zähnen?	ja	nein	
------------------------------------	----	------	--

Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang?	ja	nein	
---	----	------	--

Haben Sie Schmerzen am Kopf oder Nacken?	ja	nein	
--	----	------	--

Macht Ihr Kiefergelenk Geräusche oder haben Sie hier Schmerzen?	ja	nein	
---	----	------	--

Tragen Sie Zahnersatz?	ja	nein	seit	Jahren
------------------------	----	------	------	--------

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?	ja	nein	
---	----	------	--

Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?	ja	nein	
--	----	------	--

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	ja	nein	
--	----	------	--

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-Kiefer-Bereich geröntgt?

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?	ja	nein	ungewiss	
--	----	------	----------	--

– Wenn ja, in welcher Woche? _____ Schwangerschaftswoche

Wir bitten um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?
--

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ort/Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Noch ein Hinweis: Unsere Zahnarztpraxis ist eine Bestellpraxis. Falls Sie eine reservierte Behandlungszeit einmal nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen leider keinen festen Termin mehr zusichern. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.