



**Liebe Patientin, lieber Patient,** herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Straße</b>	<b>PLZ</b>	<b>Wohnort</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Telefon privat</b>	<b>Telefon geschäftlich</b>	<b>Beruf</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

selbst versichert      versichert mit       Ehemann       Ehefrau       Vater       Mutter

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Krankenkasse</b>	<b>Arbeitgeber</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Hausarzt</b>	<b>überwiesen von</b>	<b>empfohlen durch</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bitte helfen Sie uns,** damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

**Haben oder hatten Sie jemals**

**Erkrankungen an ...**

- |                     |                          |                            |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herz oder Kreislauf | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lunge               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Blut                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leber               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nieren              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schilddrüse         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Magen-Darm-Trakt    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gelenken (Rheuma)   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

**Haben oder hatten Sie jemals...**

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Hohen Blutdruck                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zucker (Diabetes)                                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Fallsucht (Epilepsie)                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gelbsucht (Hepatitis)                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Grünen Star                                       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zahnfleischbluten                                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Neigen Sie zu Blutungen?                          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie HIV positiv?                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, Nebenhöhlen, Hals, Nase oder Ohren) geröntgt? Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

Ja     Nein   

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Ja     Nein   

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?

Ja     Nein   

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja     Nein   

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

Ja     Nein   

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

Ja     Nein   

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

Ja     Nein   

**Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuchs in unserer Praxis möglichst genau.** Haben oder hatten Sie Schmerzen? Wann und wo treten diese Schmerzen auf? Welche Vorbehandlungen sind von überweisenden Ärzten oder Zahnärzten durchgeführt worden? Welche Hinweise können Sie uns noch geben?

  
  
  


**Wünschen Sie über unser Mundgesundheitsprogramm informiert zu werden?**

Ja     Nein

**Wünschen Sie, von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?**  Ja     Nein

**Datum**

**Unterschrift**

**Liebe Patientin, lieber Patient!** Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.