

# HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS



## Patient/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____ Straße	_____ Hausnummer	_____ Telefon / Mobil
_____ Postleitzahl	_____ Ort	_____ E-Mail

Versicherter (nur ausfüllen, falls Familienversichert)

## Versicherter/ Zahlungs- pflichtiger

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____ Straße	_____ Hausnummer	_____ Telefon / Mobil
_____ Postleitzahl	_____ Ort	_____ E-Mail

**Gesetzlich versichert:**  ja  nein

**Privat versichert:**  ja  nein

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Versicherung:** \_\_\_\_\_

**Zahnärztlich  
zusatzversichert:**  ja  nein

**Beihilfeberechtigt:  
nicht versichert:**  ja  nein  
 ja

Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Um Ihre Behandlung und Beratung bestmöglich durchführen zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.**

**Hausarzt** \_\_\_\_\_  
Name/ Adresse / Telefonnummer

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

**Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Welche?**

**Allergien** \_\_\_\_\_ **Allergiepass**  ja  nein

**Nehmen Sie Beruhigungs- oder Aufputzmittel?**  ja  nein

Bitte Rückseite beachten

**Zahnbetterkrankungen:**

- Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?-----  ja  nein
- Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitisbehandlung durchgeführt?-----  ja  nein
- Ist in Ihrer Familie Zahnverlust in jungen Jahren aufgetreten? -----  ja  nein
- Sind in Ihrer Familie Parodontoseerkrankungen bekannt?-----  ja  nein
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? -----

**Kinder:**

- Wurde bei Ihrem Kind schon einmal die individuelle Prophylaxe durchgeführt?-----  ja  nein
- Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten?-----  ja  nein

**Herzerkrankungen:**

- Herzrhythmusstörungen? -----  ja  nein
- Herzschwäche (Insuffizienz)? -----  ja  nein
- Angina Pectoris?-----  ja  nein
- Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, Bypass, Stant-OP?-----  ja  nein

**Kreislaufferkrankungen:**

- Zu hoher Blutdruck -----  ja  nein
- Zu niedriger Blutdruck -----  ja  nein
- Ohnmachtsanfälle?-----  ja  nein

**Stoffwechselerkrankungen**

- Zuckerkrankheit (Diabetes)?-----  ja  nein

**Schilddrüsenerkrankungen**

- ja  nein

**Nierenerkrankungen**

- ja  nein

**Magen-Darm-Erkrankungen?**

- ja  nein

**Erkrankungen des Nervensystems:**

- Epileptiforme Anfälle?-----  ja  nein
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Bluterkrankungen:**

- Blutungsneigung (Hämophilie)? -----  ja  nein
- Blutarmut (Anämie)? -----  ja  nein

**Infektionskrankheiten:**

- Leberentzündung / Gelbsucht? -----  ja  nein
- Hepatitis  A  B  C-----
- Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?-----  ja  nein
- Wenn ja, mit welchem Ergebnis? -----  positiv  negativ

**Sonstige Erkrankungen:**

- \_\_\_\_\_

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig? -----  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat? -----  ja  nein

Wurden sie im letzten Jahr im Kiefer-Zahnbereich geröntgt-----  ja  nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum \_\_\_\_\_

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