

**Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,**

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gern

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
**Patient** (Name, Vorname) | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
 Geburtsdatum: | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
**Versicherter** (Name, Vorname) | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
 Geburtsdatum: | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Meldeanschrift des Versicherten | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Telefon | \_\_\_\_\_ | E-Mail | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Krankenkasse | \_\_\_\_\_ |  Pflichtversichert  freiwillig  privat

Beruf | \_\_\_\_\_ | Arbeitgeber | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Anschrift, Telefon des Arbeitgebers | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Ihr Hausarzt: Name, Adresse, Telefon | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam? | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen oder Unverträglichkeiten?

Allergien:  Nickel  Amalgam  Quecksilber  Penicillin  Aspirin  Nelkenöl  Jod (Pflaster)

Latex (z.B. Handschuhe) sonstige | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen:

Spritzen  Medikamente: | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Epilepsie  Asthma Blutgerinnungsstörungen | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Diabetes Typ 1,  Typ 2 Hämatologische Erkrankungen | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Infektionskrankheiten:  Hepatitis sonstige | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Immunmangelsyndrome:  AIDS sonstige | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Nierenerkrankungen | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Magen-Darm-Erkrankungen:  Sodbrennen  Refluxkrankheit

sonstige | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Herzschwäche  Hypotonie (Niedriger Blutdruck)  Hypertonie (Erhöhter Blutdruck)

Herzinfarkt  Herz-Schrittmacher  Rheumatoide Arthritis

Skelettsystem/Knochen:  Beschwerden beim Zubeißen/Kauen  Schmerzen beim Öffnen des Mundes

Kiefergelenkknacken, Gelenkgeräusche  Osteoporose

sonstige |

Schilddrüsenerkrankungen |

Frühere Operationen |

Leiden sie unter folgenden Beschwerden?  Schnarchen (Mundtrockenheit)  Kopfschmerzen

Nackenverspannung  Schmerzen in Schläfenregion  Ohr- Bereich, Schwindel, Tinnitus

sonstige |

Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja | | | Monat

Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein?  nein  ja: |

Rauchen Sie?  nein  ja ca. | | | Zigaretten am Tag

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt worden?  nein  ja

Sonstige Anmerkungen |

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? |

Haben sie Angst vor der Behandlung?  nein  ja

Wann haben Sie die letzte professionelle Zahnreinigung durchführen lassen? |

Wie Sie sicherlich wissen, wird zur Vermeidung von Zahn-Mund und Kiefererkrankungen empfohlen, viertel- oder halbjährliche Kontrolluntersuchungen durchführen zu lassen.

Um unsere Patienten gesund zu erhalten, bieten wir kostenlos ein automatisches Wiederbestellsystem (Recall) an. Sind sie daran interessiert?  ja  nein

Wenn ja bitte wir durch ihre Unterschrift um Ihr Einverständnis hierzu. Sie können jederzeit einfach mündlich mitteilen, wenn Sie am Recall nicht mehr teilnehmen möchten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (gesetzlich erforderlich)

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir bitten Sie, mit Rücksicht auf die nachfolgenden Patienten, Ihre Termine pünktlich wahrzunehmen und uns im Falle einer Verhinderung, mindestens einen Tag vorher in Kenntnis zu setzen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (gesetzlich erforderlich)

» Drucken