



Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name d. Patienten	_____	Telefon	_____
Geburtsdatum	_____	Mobil	_____
Anschrift	_____	Tel. Arbeit	_____
	_____	E-Mail	_____
Krankenkasse	_____	Beruf	_____
		Arbeitgeber	_____
		Anschrift	_____

Bitte bei gesetzl. Kasse angeben (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Pflichtversichert
- Freiwillig versichert
- Haben Sie eine private Zusatzversicherung
- Haben Sie die Kostenerstattung gewählt?

Bitte bei einer Privatversicherung angeben

- Standardtarif
- Basistarif
- Studentisch versichert
- Beihilfeberechtigt

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

- Rechnung an Versicherten

Name Versicherter	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift	_____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> HIV / AIDS Erkrankung | <input type="checkbox"/> Magen- / Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star / Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer z.B. ASS, Marcumar | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung / Asthma |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung / Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Epilepsie |

- Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung (z.B.: Krebserkrankung)?
Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie Allergien (z.B.: Heuschnupfen, Antibiotika, Schmerzmittel, Jod, Latex, Metalle,...)?
Wenn ja, welche? _____
- Welche Medikamente nehmen Sie ein? Wurden Sie in der Vergangenheit mit Bisphosphonaten behandelt?

- Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?
Wenn ja, bei welchen? _____
- Sind Sie Raucher?
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____
- Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat? _____

Grund Ihres Besuches

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Knirschen |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? |
| <input type="checkbox"/> Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden | _____ |

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen
- Starke Schmerzempfindlichkeit
- Starker Würgereiz

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? _____

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung |
| <input type="checkbox"/> Weiße Zähne (Bleaching) | <input type="checkbox"/> Ernährungsfragen |
| <input type="checkbox"/> Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | <input type="checkbox"/> Hypnosebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Austestung verträglicher Füllungsmaterialien | _____ |

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

- per Brief per E-Mail Ich möchte nicht erinnert werden

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Berlin, den _____ Unterschrift: _____