



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht!

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

---

Straße	Wohnort	Telefon (privat)
--------	---------	------------------

---

Arbeitgeber	Beruf	Telefon (beruflich)
-------------	-------	---------------------

---

Email	Mobiltelefon
-------	--------------

---

Krankenkasse	Zusatzversicherung	beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/>
--------------	--------------------	--

Alternativer Rechnungsempfänger, falls von oben abweichend bzw. bei nicht selbst Versicherten (Familienangehörigen, Kindern):

---

Name	Vorname	Straße	Wohnort	Geburtsdatum
------	---------	--------	---------	--------------

**Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen oder sind Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen ärztlich behandelt worden?**

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Herzerkrankungen z.B. Bluthochdruck, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, Herzfehler, Infarkt; wenn ja, wann: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Blutgerinnungsstörungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Zuckerkrankheit (Diabetes)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Andere Infektionskrankheiten (z.B. HIV, AIDS)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Spritzenunverträglichkeit, Allergien, z.B. gegen Penicillin, etc. Wenn ja, welche: _____                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nierenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Augenerkrankungen (z.B. Glaukom, grauer/grüner Star)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Epilepsie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Osteoporose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Andere Erkrankungen: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, z. B. Marcumar, ASS, Bisphosphonate, etc.? Wenn ja, welche: _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Sind Sie zurzeit oder waren Sie drogen- /alkoholabhängig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Rauchen Sie z. Zeit bzw. die letzten 5 Jahre? Wenn ja, wie viel am Tag:_____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bestand oder besteht eine Zahnfleischentzündung oder Zahnfleischbluten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Knirschen Sie mit den Zähnen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?<br>im Oberkiefer seit ca._____Jahren<br>im Unterkiefer seit ca._____Jahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz?<br>im Oberkiefer seit ca._____Jahren<br>im Unterkiefer seit ca._____Jahren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beobachten Sie Zahnwanderungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung, großem Biss, oder beim Gähnen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche, auf welcher Seite?_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wer ist zurzeit Ihr(e) Hausarzt(ärztin)?_____   |                          |                          |

**Sollte sich an Ihren o.a. Angaben etwas ändern, setzen Sie uns bitte umgehend davon in Kenntnis!**

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung unter Dentalmikroskop         | <input type="checkbox"/> Zähnebleichen (Bleaching)   |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung                   | <input type="checkbox"/> Implantate                  |
| <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung mit Laser                | <input type="checkbox"/> Kinderprophylaxe            |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen, Inlays, Kronen, Veneers | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung     |
| <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung                          | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnkorrekturen |

Gesetzlich versicherte Patienten bekommen einen bis zu 30% höheren Zuschuss zum Zahnersatz von ihrer Krankenkasse, sofern sie regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen nachweisen können (Bonusheft). Um Ihre Zahngesundheit zu fördern und Ihnen den höchsten Zuschuss zu Ihrem Zahnersatz zu sichern, können wir Sie auf Wunsch über eine Wiederbestellung (Recall) kostenlos und unverbindlich an die notwendigen Untersuchungen erinnern.

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ich möchte auf notwendige Kontrolluntersuchungen hingewiesen werden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, möchte ich per: <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Brief		
informiert werden.		

Ich möchte auf notwendige Prophylaxebehandlungen (professionelle Zahnreinigung) hingewiesen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, möchte ich per: <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Brief		
informiert werden.		



Bitte verraten Sie uns, wie Sie auf uns aufmerksam wurden?

- Empfehlung; durch wen: \_\_\_\_\_
- Internet: Suchmaschine:  Google  Yahoo  andere: \_\_\_\_\_
- Bewertungsportal:  Jameda  Imedo  andere: \_\_\_\_\_
- Gelbe-Seiten.de  Örtliche.de  Facebook  andere: \_\_\_\_\_
- Andere: \_\_\_\_\_

Da unsere Praxis eine „Bestellpraxis“ ist und um lange Wartezeiten für alle Patienten zu vermeiden, bitten wir Sie auch bei Schmerzen und unvorhergesehenen Fällen um kurze telefonische Terminvereinbarung mit uns. Wir bitten Sie des Weiteren, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 2 Werktage vorher abzusagen. Nicht eingehaltene Termine bedeuten für uns einen hohen wirtschaftlichen Verlust, da wir diese kurzfristig nicht mehr vergeben können.

Wir behalten uns daher vor, bei Nichteinhalten von Terminen, diese nach der zugrunde liegenden Leistung in Rechnung zu stellen. Bei nachweislich nicht verschuldetem Erscheinen gilt dies nicht.

**Wir bitten dafür um Ihr Verständnis.**

Ich habe davon Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass nach Verabreichung von Anästhetika eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit bestehen kann!

Ich habe davon Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift