



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten:

Name des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

---

Name der Krankenkasse:

---

Bitte bei einer gesetzlichen Versicherung angeben:

Pflichtversichert

Ja [ ]

Nein [ ]

Freiwillig versichert

Ja [ ]

Nein [ ]

Haben Sie eine private Zusatzversicherung

Ja [ ]

Nein [ ]

Ich bin beihilfeberechtigt

Ja [ ]

Nein [ ]

Telefon:

---

Mobil:

---

Telefon geschäftlich:

---

E-Mail Adresse:

---

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnungen an Patienten oder  
Versicherten?

---

Versicherter:

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

### Weitere Angaben

Beruf:

---

Arbeitgeber:

---

Anschrift des Arbeitgebers:

---

---

---

Bevor wir auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche eingehen, benötigen wir auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck		
Herzerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja [ ]	nein [ ]
Hoher Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Endokarditis	ja [ ]	nein [ ]
Ohnmachtsneigung	ja [ ]	nein [ ]
Marcumar   Gerinnungshemmer	ja [ ]	nein [ ]
Blutungsneigung  Bluterkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Rheuma	ja [ ]	nein [ ]
Diabetes	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Osteoporose	ja [ ]	nein [ ]
Magen- / Darmerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Nierenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lungenerkrankung / Asthma	ja [ ]	nein [ ]
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja [ ]	nein [ ]
Epilepsie	ja [ ]	nein [ ]
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie Allergien?	ja [ ]	nein [ ]
wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja welche? _____		
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, bei welchen? _____		
Sind Sie Raucher?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____		
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, in welchem Monat? _____		
Besteht eine infektiöse Erkrankung (AIDS, Hepatitis,..)?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, welche? _____		
Besteht eine Abhängigkeit (Alkohol, Drogen, Medikamente...)?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, welche? _____		

**Patient:**

**Grund Ihres Besuchs**

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Zahnersatz	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenksbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Sie sind uns wichtig**

Sind aktuelle Röntgenaufnahmen vorhanden? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja von wann? \_\_\_\_\_

Ich bin an einem Prophylaxeprogramm zur Vorbeugung von Zahnerkrankungen interessiert? ja [ ] nein [ ]

Dürfen wir Sie in unserem Recallsystem an Ihre regelmäßige Vorsorgeuntersuchung und Reinigungstermine erinnern? ja [ ] nein [ ]

**Beratungswunsch**

Vollkeramikronen und -brücken	ja [ ]	nein [ ]
zahnfarbene Füllungen ( Keramik, Composite)	ja [ ]	nein [ ]
verbesserte Ästhetik	ja [ ]	nein [ ]
Wurzelkanalbehandlung	ja [ ]	nein [ ]
Professionelle Zahnreinigung	ja [ ]	nein [ ]
Bleaching	ja [ ]	nein [ ]

Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte 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. Bitte informieren Sie uns über Ihre Terminänderung rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Stunden vorher.

Vielen Dank!

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass alle von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen meines Gesundheitsstatus werde ich unaufgefordert bei meinem nächsten Besuch mitteilen.

Datum:

Unterschrift: