

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahn- und Mundgesundheit anvertrauen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

(Bitte deutlich lesbar ausfüllen)

Patient - Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat / beruflich

Mobilfunknummer

Email-Adresse

Krankenversicherung oder Versicherung

Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

Beruf

Arbeitgeber

von 1 unwichtig bis 8 sehr wichtig

	1	2	3	4	5	6	7	8
Wie wichtig sind Ihnen gesunde Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie wichtig sind Ihnen schöne Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie wichtig ist Ihnen ein fester Biss?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie wichtig sind Ihnen guter Atem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

 ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein? _____

 ja nein**Allergien:**

Ist eine Allergie bekannt? _____

 ja nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? _____

 ja nein**Herzerkrankungen:**

Herzschwäche (Insuffizienz)? _____

 ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? _____

 ja nein

Herzasthma, Angina pectoris? _____

 ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? _____

 ja nein

Akutes Rheuma oder eine rheumatische Herzerkrankung? _____

 ja nein**Kreislaufferkrankungen:**

Zu hoher Blutdruck? _____

 ja nein

Zu niedriger Blutdruck? _____

 ja nein

Zustand nach Herzinfarkt? _____

 ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? _____

 ja nein**Vegetative Erkrankungen:**

Ohnmachtsanfälle? _____

 ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? _____

 ja nein**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckerkrankheit (Diabetes)? _____

 ja nein

Magen-/Darmerkrankungen? _____

 ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? _____

 ja nein**Erkrankung des Nervensystems:**

Epilepsie? _____

 ja nein

Krämpfe? _____

 ja nein**Bluterkrankungen:**

Blutungsneigung (Hämophilie)? _____

 ja nein

Blutarmut (Anämie)? _____

 ja nein

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?

 ja nein

Tuberkulose?

 ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.?

 ja nein

HIV?

 ja nein

MRSA?

 ja nein

Jakob Kreuzfeld Erkrankung?

 ja nein**Weitere Angaben:**

Sind Sie Raucher?

 ja nein

Waren/Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

 ja nein

Tumorerkrankung/Tumorbehandlung mit Bisphosphaten?

 ja nein

Augenerkrankung? z. B. Glaukom, Grüner Starr

 ja nein

Nierenerkrankung/Dialyse/Transplantation?

 ja nein

Bronchalasthma?

 ja nein**Röntgen:**

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?

 ja nein**Medikamente:**

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie einen Medikamentenplan von Ihrem Hausarzt?

Nur Frauen:

Sind Sie zurzeit schwanger?

 ja nein

Lokalanästhetika können auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, dass die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder das Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird.

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bitte bedenken Sie, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Folgetermine

Bei nahezu allen Behandlungen ist die regelmäßige Nachsorge entscheidend für den langfristigen Erfolg. Mit einem individuellen Nachsorgeplan möchten wir dafür sorgen, dass Sie dauerhaft beschwerdefrei bleiben. Auf Wunsch erinnern wir Sie regelmäßig an Ihre Termine mit einer Erinnerungskarte, Nachricht oder Email. Wenn Sie damit einverstanden sind, tragen Sie hier bitte Ihre Emailadresse ein, unter der wir Sie erreichen können.

Email-Adresse

Mobilfunknummer

Bestellpraxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir sind eine Bestell-Praxis und nehmen uns bei jedem individuellen Fall viel Zeit. Darum bitten wir Sie, sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, frühzeitig (mind. 24 Stunden) vorher abzusagen und einen neuen Termin zu vereinbaren. Wir bitten um Ihr Verständnis!

Ich habe dies zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Prophylaxebehandlung

Wir empfehlen Ihnen zur gesunden Erhaltung Ihrer Zähne, eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung durchführen zu lassen.

Leider ist diese Behandlung keine Kassenleistung!

Die Kosten pro Sitzung liegen zwischen 70 und 120 Euro. Über den Inhalt der Prophylaxebehandlung und den Umfang werden Sie von uns umfassend informiert.

Ich habe dies zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten