



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen. Dafür benötigen wir von Ihnen noch einige Informationen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft und füllen Sie den Fragebogen möglichst in Druckbuchstaben aus. Vielen Dank.

Persönliches

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße Nr., PLZ Ort

Telefon (+ Mobil)

E-Mail

Krankenversicherung

- gesetzlich versichert privat versichert Basistarif
 Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße Nr., PLZ Ort

Beruf des Versicherten

Arbeitgeber

Anschrift, Telefon

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Anschrift, Telefon

Allgemeine Anamnese

Haben oder hatten Sie...

- eine Herzklappenerkrankung eine Endokarditis Angina Pectoris
 eine Herzoperation einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
Leber ja nein
Nieren ja nein
Schilddrüse ja nein
Magen-Darm-Traktes ja nein
Gelenke ja nein
Wirbelsäule ja nein
Nervensystem ja nein

Wenn ja, was genau?

Haben oder hatten Sie...

- hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Zucker/Diabetes ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
Epilepsie ja nein
Grüner Star ja nein
Tuberkulose ja nein
Blutungsneigungen ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja nein
Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen/Erkrankungen? _____

- Rauchen Sie? ja nein Wenn ja: 0-10 über 10 Zig./Tag
Alkoholgenuss ja nein Wenn ja: selten oft regelmäßig

Medikamente: Nehmen Sie...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide) Schmerzmittel
 Antidepressiva blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)
 andere Medikamente

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten, Materialien oder Spritzen aufgetreten?
 ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

In eigener Sache

Wir erinnern Sie gerne an Ihre Vorsorgeuntersuchung und zahnmedizinische Prophylaxe. Wie möchten Sie informiert werden?

- per Email per Post per Telefon

Ihre Wünsche sind uns sehr wichtig! Sollten Sie vor der Zahnbehandlung persönliche Erwartungen oder Wünsche haben, lassen Sie es uns bitte wissen.

Hinweis zur Organisation

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtüchtigkeit auch nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Änderungen Ihres Gesundheitszustandes teilen Sie uns bitte unverzüglich mit.

Wir sind eine Bestellpraxis und sorgen mit unserer Terminplanung dafür, dass für unsere Patienten so gut wie keine Wartezeiten entstehen. Deshalb bitten wir Sie, reservierte Termine einzuhalten oder 24 Stunden vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Ausfallzeiten können nach §§ 611, 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____