

PERSÖNLICHE DATEN

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon Festnetz

.....
Telefon mobil

.....
E-Mail

.....
Beruf (freiwillige Angabe)

KRANKENKASSE

Gesetzlich versichert

Zusatzversicherung

Privat versichert

beihilfeberechtigt

Basistarif privat

Bitte ergänzen, sofern Sie einen gesetzlichen Betreuer haben

.....
Name, Vorname

.....
Telefon Festnetz

.....
Telefon mobil

Bitte ergänzen, sofern Mitglied und Zahlungspflichtiger der Versicherung nicht identisch sind

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

HAUSARZT

.....
Name

.....
PLZ, Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Google

Homepage

Jameda

persönliche Empfehlung

Sonstiges:

GRUND IHRES BESUCHS

Vorsorgeuntersuchung

Endodontie/Wurzelkanalbehandlung

Beratung

Schmerzbehandlung

ästhetische Zahnmedizin

2. Meinung

Prophylaxe

Implantologie

Sonstiges:

WAS IST IHNEN BESONDERS WICHTIG?

.....

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

HABEN/HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

Asthma/Lungenerkrankung ja nein

Diabetes ja nein

Rheuma ja nein

Kopf-/Gesichtsschmerzen ja nein

Augenerkrankung (z.B. Glaukom) ja nein

Magen-Darm-Erkrankung ja nein

Osteoporose ja nein
Wenn ja, welche Therapien/Medikamente wurden durchgeführt/verordnet?

.....
Tuberkulose ja nein
HIV-Infektion ja nein
Hepatitis A/B/C ja nein
sonstige Lebererkrankungen ja nein
Lähmungen ja nein
Epilepsie ja nein
Bluterkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Krankenhauskeim MRSA ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Nierenfunktionsstörungen ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein
Herzinfarkt ja nein
Schlaganfall ja nein
Endokarditis ja nein
Herzklappenersatz/-erkrankung/-defekt ja nein

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG BZW. ZURZEIT EIN?

Bisphosphonate ja nein
blutverdünnende Mittel
(ASS, Eliquis, Xarelto, Marcumar) ja nein
Wenn ja, welche?

.....
Sonstiges? ja nein
.....

ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN

Bestehen Allergien? ja nein
Wenn ja, welche ?

.....
Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

ALLGEMEINE ANGABEN

Wie ist Ihr Blutdruck? niedrig normal hoch
ggf. Werte

.....
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
Sind Sie stammzellen-/
organtransplantiert? ja nein
Haben Sie künstliche Gelenke? ja nein

Liegt/ lag eine Unfallverletzung im Mund-,
Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein
Unfalldatum

.....
Haben/ hatten Sie eine Chemotherapie? ja nein
Haben/ hatten Sie eine Strahlentherapie? ja nein
Schnarchen Sie? ja nein
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat sind Sie?

.....
Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

.....
Seit wann sind Sie Nichtraucher?

.....
Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein
Wenn ja, welche?

.....
Sonstige Angaben/ andere Krankheiten? ja nein
Wenn ja, welche?

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

.....
Wann war Ihr letzter Zahnarzttermin?

.....
Leiden Sie unter Zahnarztangst?

.....
Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung
unter örtlicher Betäubung? ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.



.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/r