



Sehr geehrte/r Patientin/Patient,

um uns individuell auf Sie einstellen zu können, benötigen wir folgende Informationen von Ihnen, deswegen bitten wir Sie um Beantwortung des umseitigen Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Bitte beachten Sie, dass diese Angaben ärztlicher Schweigepflicht unterliegen und zu Ihrer Sicherheit dienen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Vielen Dank.

PATIENTENDATEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.	Postleitzahl	Ort
Telefon	Mobil	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber	Ort
Krankenkasse	Hausarzt	Ort

Falls Sie nicht selbst versichert sind, tragen Sie bitte nachfolgend die Daten des Versicherten ein:

Name	Vorname	Geburtsdatum



ANGABEN ZU IHRER ZAHN-MUND SITUATION

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

Zahnfleischbluten Ja Nein

Zahnfleischrückgang Ja Nein

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen) Ja Nein

Schmerzen am Kopf oder im Nacken? Ja Nein

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel/Tag?

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiss

(Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung,
wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wann und wo wurden Sie das letzte Mal geröntgt?



ANGABEN ZU IHREM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? ASS/Aspirin Iscover Marcumar Heparin

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Medikamenten vor? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Liegen Allergien vor? Ja Nein

Wenn ja, welche? Penicillin Latex zahnärztliche Betäubung

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Haben Sie Asthma/Atemwegserkrankungen? Ja Nein

Haben Sie Herz-Kreislauf-erkrankungen/-schwächen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben sie Infektionserkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? HIV Tuberkulose Hepatitis

Haben Sie Ohnmachts-/Krampfanfälle (Epilepsie)? Ja Nein

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? Typ1 Typ2 Ja Nein

Haben Sie Grünen Star (Glaukom)? Ja Nein



Andere Krankheiten die noch nicht genannt wurden?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Ich bin damit einverstanden an dem Erinnerungsservice (Recall) zur Gesundheitsvorsorge teilzunehmen

Ja Nein

Datum

Unterschrift

WICHTIGE INFORMATIONEN

Für sozialversicherte Patienten ist es wichtig, dass die Versichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn eingereicht wird, da sonst laut §15 GRG, eine private Abrechnung erfolgt.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d. h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

Ich habe die oben aufgeführten Absätze gelesen und erkläre mich mit ihnen einverstanden.

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift