



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

\_\_\_\_\_  
(Herr/Frau/Kind)      Name                      Vorname                      geb.

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer                      Telefon dienstlich/privat

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl                      Ort

\_\_\_\_\_  
Handy Nr.                      Email Adresse

### Versicherter

\_\_\_\_\_  
(Herr/Frau)                      Name                      Vorname                      geb.

Abweichende Anschrift? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse mit Geschäftsstelle o. Versicherung

Haben Sie eine **Zusatzversicherung**?      Ja  Nein

Durch wen wurden Sie an unsere Praxis empfohlen?

**Bekannte, Freunde, Familie**

**Facebook**

**Internet**

Sollte es Ihnen bei uns gefallen haben, so bitten wir Sie Ihren nächsten Behandlungs- oder Kontrolltermin direkt zu vereinbaren. So können wir Ihnen Ihren Wunschtermin ohne Wartezeiten auf jeden Fall garantieren. Terminpatienten haben bei uns oberste Priorität. Gerne erinnern wir Sie kurz vorher telefonisch an Ihren bevorstehenden Termin. Sprechen Sie uns in diesem Fall einfach an.



**Im Interesse einer komplikationsfreien Behandlung bitten wir um folgende Angaben:**

1. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  Ja  Nein

2. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

3. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Unverträglichkeit von Medikamenten  Ja  Nein
- Asthma (schwere Atemnot)  Ja  Nein
- Allergische Reaktionen, wie z.B. Heuschnupfen  Ja  Nein
- Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein
- Wie ist der Blutdruck? \_\_\_\_\_  niedrig  normal  hoch
  
- Herzinfarkt  Schlaganfall  Lähmungen  Wann? \_\_\_\_\_  Nein
- Gelbsucht  Leberkrankheiten  ggf. Wann? \_\_\_\_\_  Nein
  
- Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein HbA1c Wert \_\_\_\_\_
- Gelenkerkrankungen, wie Rheuma, PCP  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
- Epileptiforme Anfälle  Ja  Nein
- Osteoporose  Ja  Nein
- Krebserkrankung // Chemotherapie  Ja  Nein

4. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen ?  Ja  Nein  
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein ? wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

5. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

6. Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? Ggf., welches Ergebnis?  Ja  Nein

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Rauchen Sie?  Ja  Nein

9. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

10. Sonstige Hinweise/ Allergien/Erkrankungen \_\_\_\_\_

11. Sind Sie schon mal beim Zahnarzt „umgefallen“?  Ja  Nein

12. Wer ist Ihr Hausarzt/Facharzt? \_\_\_\_\_  
Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? ?  Ja, \_\_\_\_Woche  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**