

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

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

---

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort

---

Straße PLZ,Ort

---

Telefon Festnetz Telefon mobil (wir erinnern Sie per sms an Ihren Termin)

---

Email Beruf, Arbeitgeber

---

Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert  Privat versichert  Zusatzversicherung  
 Standard-/Basistarif  Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

---

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort

---

Straße PLZ,Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

Wir sind immer bemüht, unseren Patienten lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit akuten Schmerzen aufsuchen, in unser Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Ein besonderer Service unserer Praxis: An Termine ab einer Dauer von 30 min werden Sie von uns 1-2 Tage vorher per sms oder telefonisch erinnert.

Einige Erkrankungen / Medikamente können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben, daher bitten wir Sie, in Ihrem eigenen Interesse um gewissenhafte Auskunft über Ihren aktuellen Gesundheitszustand.

Name/Adresse des Hausarztes:

---

Herzschrittmacher?  ja  nein  
Künstliche Herzklappe?  ja  nein  
Zustand nach Herzinfarkt?  ja  nein

Wann:

Herzpass bitte vorlegen!

Hoher Blutdruck?  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Zustand nach Schlaganfall?  ja  nein

Wann:

Gelbsucht (Hepatitis)?  ja  nein  
Tuberkulose?  ja  nein  
HIV (positiver AIDS-Test)?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, welche Medikamente?

---

(bitte Medikamentenplan vorlegen!)

Müssen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen Antibiotika einnehmen?  ja  nein

FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Wenn ja, in welcher Woche?

---

Diabetes (Zuckerkrankheit)?  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein  
Nierenerkrankung?  ja  nein  
Chronische Lebererkrankung?  ja  nein

Epileptische Anfälle?  ja  nein  
Depressionen?  ja  nein

Rheuma?  ja  nein  
Asthma?  ja  nein  
Grüner Star / Glaukom?  ja  nein  
Blutgerinnungsstörung/Hämophilie?  ja  nein  
Tumorerkrankung?  ja  nein  
Wann?  
Osteoporose?  ja  nein  
Organtransplantat?  ja  nein  
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?  ja  nein

---

Besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit oder Allergie auf bestimmte Materialien oder Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, auf welche?

---

Bitte Allergiepass vorlegen!

Konsumieren Sie Drogen?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein  
Wenn ja, wieviel pro Tag?

---

DATUM

UNTERSCHRIFT

NAME:

VORNAME:

GEB. DATUM:

---