

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben. Bitte überprüfen Sie diese und teilen Sie uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name _____

geb. am _____

Geburtsort _____

Anschrift _____

Name der Krankenkasse _____

Bitte bei einer gesetzlichen Krankenkasse angeben:

Pflichtversichert Ja [] Nein []

Freiwillig versichert Ja [] Nein []

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Ja [] Nein []

Haben Sie eine Kostenerstattung gewählt? Ja [] Nein []

Telefon _____

Fax _____

Mobil _____

Telefon Büro _____

E-Mail _____

Beruf _____

Versichertendaten: (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten
oder Versicherten? _____

Versicherter _____

geb. am _____

Anschrift _____

Weitere Angaben:

Arbeitgeber _____

Anschrift des
Arbeitgebers _____

Wie möchte Sie an Ihren nächsten
Vorsorgetermin erinnert werden? telefonisch [] schriftlich []

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben. Bitte überprüfen Sie diese und teilen Sie uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

Herzerkrankung	Ja []	Nein []
Biphosphonate	Ja []	Nein []
Herzschrittmacher/ künstl. Herzklappen	Ja []	Nein []
Hoher Blutdruck	Ja []	Nein []
Niedriger Blutdruck	Ja []	Nein []
Ohnmachtsneigung	Ja []	Nein []
Marcumar/ Gerinnungshemmer	Ja []	Nein []
Blutungsneigung/ Bluterkrankung	Ja []	Nein []
Rheuma	Ja []	Nein []
Diabetes	Ja []	Nein []
Schilddrüsenerkrankung	Ja []	Nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	Ja []	Nein []
Magen-/ Darmerkrankung	Ja []	Nein []
Nierenerkrankung	Ja []	Nein []
Lungenerkrankung/ Asthma	Ja []	Nein []
Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankung	Ja []	Nein []
Epilepsie	Ja []	Nein []
Sonstige schwere Erkältung	Ja []	Nein []

Wenn ja, welche?

Allergien Ja [] Nein []

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Ja [] Nein []

Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher? Ja [] Nein []

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten:
Sind Sie schwanger? Ja [] Nein []

Wenn ja, in welchem Monat?

Patient: _____ geb. am _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

Hausarzt: _____

Grund Ihres Besuchs:

Kontrolluntersuchung	Ja []	Nein []
Zahnschmerzen	Ja []	Nein []
Zahnfleischbluten	Ja []	Nein []
Migräne/ Kopf-/ Nackenschmerzen	Ja []	Nein []
Kiefergelenkbeschwerden	Ja []	Nein []
Knirschen	Ja []	Nein []
Mundgeruch	Ja []	Nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	Ja []	Nein []

Sonstiges: _____

Sie sind uns wichtig:

Was sollen wir bei der Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	Ja []	Nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	Ja []	Nein []
Starker Würgereiz	Ja []	Nein []

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch:

Professionelle Zahnreinigung	Ja []	Nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	Ja []	Nein []
Zahnästhetik/ Kosmetik/ Ihr Lächeln	Ja []	Nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen	Ja []	Nein []
Kieferorthopädische Behandlung	Ja []	Nein []
Austattung verträglicher Füllungsmaterialien	Ja []	Nein []
Amalgamsanierungen/ Quecksilberausleitung	Ja []	Nein []
Ernährungsfragen	Ja []	Nein []
Laserbehandlung	Ja []	Nein []
Hypnosebehandlung	Ja []	Nein []
Implantate/ Implantatversorgung	Ja []	Nein []

Sonstiges: _____