



Sehr geehrte/r Patient/in,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Viele Erkrankungen und Medikamente haben Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung oder erfordern besondere Maßnahmen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft, damit wir für Sie ein optimales Behandlungsergebnis erzielen können.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich dazu verwendet, unsere Behandlungsmaßnahmen Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind diese Fragen gesetzlich vorgeschrieben.

Informationen zum Datenschutz können Sie im Wartezimmer einsehen und bekommen diese auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen und Unklarheiten sprechen Sie uns gerne an. Vielen Dank!

Patient

Name Vorname Geburtsdatum und Ort

Versicherter

Name Vorname Geburtsdatum und Ort

Adresse

Straße Hausnummer PLZ Wohnort

Telefonnummer eMail

Beruf/Arbeitgeber

Beruf Arbeitgeber

Krankenkasse

Name Ort

Für gesetzlich Versicherte: Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Ja nein

Haben Sie einen Hausarzt? ja Wen? _____ nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Auf Empfehlung Internet Werbeblätter Anders: _____

Wie möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden? per Telefon per eMail

Allgemeinzustand

- Allergien: _____
- Penicillinüberempfindlichkeit
- Asthma
- Hoher / niedriger Blutdruck
- Herzerkrankung / Herzschrittmacher
- Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Epilepsie
- Für Frauen: Sind Sie schwanger? Welche SSW? _____
- Raucher
- Osteoporose
- Behandlung mit Bisphosphonaten (bei Krebs)
- Kopfschmerzen
- Knacken im Kiefergelenk
- Infektionserkrankungen (wie Hepatitis, Tuberkulose, HIV)
- Haben Sie anderweitige Erkrankungen? Welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Datum

Unterschrift