

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Ihre Antworten sind wichtig, damit wir Sie optimal betreuen und mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation vermeiden können.

Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem arbeitet. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie einen vereinbarten Termin, den Sie nicht einhalten können, rechtzeitig absagen müssen. Andernfalls müsste Ihnen die für Sie freigehaltene Zeit in Rechnung gestellt werden. Wir danken für Ihr Verständnis.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Tel.: tagsüber: \_\_\_\_\_

Tel.: abends: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Besteht ein Pflegegrad? Grad : \_\_\_ Haben Sie Anspruch auf Eingliederung (§ 53 SGB VII)

Haben Sie einen gesetzl. Betreuer? Name: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bei wem dürfen wir uns für die Empfehlung unserer Praxis bedanken? \_\_\_\_\_

#### Angaben über das Versicherungsverhältnis:

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- gesetzlich krankenversichert       private Zusatzversicherung       beihilfeberechtigt  
 privat krankenversichert       Basistarif       Selbstzahler (nicht krankenversichert)

**Teilen Sie uns bitte alle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer persönlichen Angaben im eigenen Interesse unaufgefordert mit.**

Bitte auch die Rückseite ausfüllen!

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	ergänzende Angaben
Allergie (z.B. auf Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:
Blutgerinnungsstörung/ nehmen Sie Blutverdünner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ:
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Demenz/ Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koronare Herzerkrankung/ Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann:
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex (Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Infektionskrankheiten</b>			
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ:
Immunmangel-Syndrom (AIDS-HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nierenerkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Osteoporose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie jemals Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonate) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:
Sonstige Erkrankungen: _____			
Frühere Operationen / Gelenkersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche/ wann:
Sind Sie z.Zt. in orthopädischer oder krankengymnastischer Behandlung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Angst vor der Behandlung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl pro Tag:
Nehmen Sie Medikamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche Medikamente nehmen Sie? _____			
Größe: _____			
Gewicht: _____			kg

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte auch Seite 1 ausfüllen**

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe**