



**Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Schön, dass Sie zu uns gefunden haben.**

Bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch **Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand**, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte **beide Seiten dieses Fragebogens** sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

**Bitte bringen Sie Ihre KRANKENVERSICHERTENKARTE BEI JEDEM BESUCH in unserer Praxis mit.** Liegt sie uns zwei Wochen nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung. **Außerdem führen wir eine BESTELLPRAXIS.** Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da.

#### PATIENT

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ und Ort	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Mobil	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	Arbeitgeber	Telefon dienstlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Als Familienangehöriger MITVERSICHERT:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ/Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PRIVAT versichert

GESETZLICH versichert

FREIWILLIG versichert

#### Für GESETZLICH Krankenversicherte

Besteht eine private Zahnzusatzversicherung? ja  nein

Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige Behandlungen und Materialien nicht oder nur teilweise. Wir informieren Sie jedoch rechtzeitig über den Umfang und die zu erwartenden Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

#### Für PRIVAT Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja  nein

#### Für PATIENTINNEN:

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein  unklar  welcher Monat?

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Gibt es aktuelle Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne? ja  nein

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? ja  nein

Wenn ja, weshalb?

Ihr Hausarzt  Ort  Telefon

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit ein?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, etc.) ein? ja  nein

### Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden KRANKHEITEN?

#### Herz-/Kreislaufferkrankungen:

Herzklappenersatz	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Schlaganfall	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Bluthochdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzinfarkt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

#### Infektionskrankheiten:

HIV-Infektion, AIDS	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Hepatitis A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tuberkulose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="text"/>	

#### Sonstige Erkrankungen:

Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Rheuma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Osteoporose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Tumor	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Epilepsie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ohnmachtsanfälle	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Migräne	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Erkrankung der Leber	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Heilen Wunden schlecht?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Allergien / Unverträglichkeiten	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sonstige Erkrankungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Welche?	<input type="text"/>		Welche?	<input type="text"/>	

Haben Sie je **Medikamente aus der Gruppe der BISPHOSPHONATE** (im Rahmen einer Krebstherapie) z.B. Zometa, Bondronat, Lodronat, Arredia, Fosavance, Fosamax etc. eingenommen? ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig **Betäubungsmittel**? ja  nein   
Wenn ja, welche?

**Rauchen** Sie? ja  nein  seit wann?  wie viel?

**Bitte beachten:** Bei einer Injektion zur Schmerzausschaltung können sich in sehr seltenen Fällen allergische Reaktionen bzw. ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen. **Die Abtretung von Forderungen an Dritte** (beispielsweise Versicherungen) **die aus dem Behandlungsverhältnis mit unserer Zahnarztpraxis resultieren, ist ausgeschlossen.**

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit ihrer Speicherung einverstanden.**

Datum      Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter)

überprüft am      Unterschrift (Arzt)