

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir außer Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und dienen als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend vertraulich.

Patient

Name Vorname geb.
Straße/Hausnummer Telefon
Postleitzahl / Ort Mobil-Tel.-Nr.
Arbeitgeber

Versicherter

Name Vorname geb.
Straße/Hausnummer Telefon
Postleitzahl / Ort Mobil-Tel.-Nr.

Krankenkasse

gesetzlich* freiwillig privat beihilfeberechtigt zusatzversichert
*Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a) Asthma TBC
Zuckererkrankung Lebererkrankungen
Rheuma Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
Nierenerkrankungen Anfallsleiden (Epilepsie)
Blutgerinnungsstörungen Schilddrüsenerkrankungen
HIV-Infektion Augenkrankheiten
Ohnmachtsanfälle Osteoporose
Magenprobleme
wenn ja, seit wann?

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit Allergiepass ja nein
von Medikamenten bzw. Materialien /Penicillin nein wenn ja, welche?

c) Herzinfarkt / Angina pectoris nein
Nehmen Sie Marcumar? ja nein
Schlaganfall nein
Lähmungen nein ggf. wann?

d) Blutdruck niedrig hoch ggf. Werte?

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein wenn ja, welche?

Sonstiges

4. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wievielte Woche?

5. Tragen Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen)
 Wie alt ist dieser Zahnersatz?

6. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
 Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? ungefähr?

7. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen? ja nein
 Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein
 Haben Sie morgens Kiefergelenksschmerzen? ja nein
 Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphthen? ja nein

8. Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviele?

Bitte beachten Sie: Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Ihre Fahrtüchtigkeit für 3-4 Stunden verloren geht und für Stunden eingeschränkt ist. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Der Grund Ihres Besuches ist: Schmerzen Beratung und Therapieplanung zur Kontrolle

Nur noch einige Fragen für eine persönliche und erfolgreiche Zusammenarbeit

Haben Sie viel Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? ja nein viel 5 bis wenig 1

Stehen Sie unter Zeitdruck, so dass wir bei der Terminvergabe Rücksicht nehmen müssen? ja nein

Wünschen Sie eine Benachrichtigung zu Ihrer Kontrolluntersuchung? ja nein

Möchten Sie über moderne und schonende Behandlungsmethoden informiert werden? ja nein

Haben Sie Interesse an einem Prophylaxeprogramm, das Sie vor Karies- und Zahnfleischerkrankungen schützt? ja nein

Sind Sie über die Bedeutung von Zahnfleischerkrankungen aufgeklärt worden? ja nein

Interessieren Sie sich für kosmetische Maßnahmen, die die Ästhetik Ihrer Zähne hervorheben? ja nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Was machen Sie beruflich?

Wie/durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Hinweis zur Organisation: Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie vereinbaren. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Ihr Praxisteam